

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 11, Número 1



2013

EDITORIAL

Los trastornos mentales como «enfermedades del cerebro» y el legado de Jaspers
M. MAJ

1

Religión y salud mental: ¿una espada de doble filo o una medicina que da vida?
D. GREENBERG

40

ARTÍCULOS ESPECIALES

Psicosis secundarias: una actualización
M.S. KESHAVAN, Y. KANEKO

4

Desentrañando las complejidades de la relación entre la religión y la psiquiatría
J.J. LÓPEZ-IBOR JR, M.I. LÓPEZ-IBOR,
S. GONZÁLEZ-VIVES, J. GARCÍA-ALBEA

42

El caso Breivik y lo que los psiquiatras pueden aprender del mismo
I. MELLE

16

Un tema «complejo» pide una directriz clara
P.J. VERHAGEN

43

Comentario

El caso Breivik y «condición psiquiátrica»
J. PARNAS

22

ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuándo la depresión se convierte en un trastorno? Utilización de las tasas de recidiva para evaluar la validez de los cambios propuestos en los umbrales diagnósticos de la depresión mayor
J.C. WAKEFIELD, M.F. SCHMITZ

44

PERSPECTIVA

¿Debieran los trastornos mentales considerarse como trastornos del cerebro? Ciencias de la salud mental en el siglo XXI y repercusiones en la investigación y la capacitación
D. BOLTON

24

Ideación suicida y tentativas de suicidio comunicadas en Grecia durante la crisis económica
M. ECONOMOU, M. MADIANOS, L.E. PEPOU,
C. THELERITIS, A. PATELAKIS Y COL.

53

FORUM: LA INTERACCIÓN COMPLEJA ENTRE RELIGIÓN Y ENFERMEDADES MENTALES

La comprensión y el abordaje de la religión en personas con enfermedades mentales
K.I. PARGAMENT, J.W. LOMAX

26

Respaldo al empleo: rentabilidad en seis países europeos
M. KNAPP, A. PATEL, C. CURRAN, E. LATIMER,
J. CATTY Y COLS.

60

Comentarios

Religiosidad, un rasgo de personalidad que hay que considerar en la psiquiatría
H.M. VAN PRAAG

33

«Perdimos todo lo que teníamos en un segundo»: haciendo frente al duelo y la pérdida después de un desastre natural
S. EKANAYAKE, M. PRINCE, A. SUMATHIPALA,
S. SIRIBADDANA, C. MORGAN

69

Religión y salud mental: la contribución de la antropología
S.L. DEIN

34

PERSPECTIVAS

¿Es aplicable el concepto de «dimensión» a los objetos psiquiátricos?
G.E. BERRIOS, I.S. MARKOVA

76

La valoración espiritual como parte de la valoración psiquiátrica sistemática: problemas y repercusiones
P. HUGUELET, O. MANDHOUJ

35

Cuando los niños con autismo se vuelven adultos
F.R. VOLKMAR, J.M. WOLF

79

Religión y salud: cuanto más sabemos más necesitamos saber
A. MOREIRA-ALMEIDA

37

CARTAS AL EDITOR

Religión y psiquiatría: del conflicto al consenso
M. BAETZ

38

NOTICIAS DE LA WPA

Las características, el contenido, el desempeño y el impacto del sitio Web de WPA (www.wpanet.org)
L. KUEY

85

¿Estamos haciendo daño por omisión? El abordaje de la religiosidad del enfermo mental
S.G. HANSDAK, R. PAULRAJ

40

Asociación de la WPA y la Organización Mundial de la Salud para la preparación del capítulo sobre trastornos mentales de la ICD-11
P. BUCCI

87

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 11, Número 1



2013

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: P. Ruiz (USA)

Editorial Board – D. Bhugra (UK), L. Küey (Turkey), T. Akiyama (Japan), T. Okasha (Egypt), E. Belfort (Venezuela), M. Riba (USA), A. Javed (UK).

Advisory Board – H.S. Akiskal (USA), R.D. Alarcón (USA), J.A. Costa e Silva (Brazil), J. Cox (UK), H. Herrman (Australia), M. Jorge (Brazil), H. Katschnig (Austria), F. Lieh-Mak (Hong Kong-China), F. Lolas (Chile), J.J. López-Ibor (Spain), J.E. Mezzich (USA), D. Moussaoui (Morocco), P. Munk-Jorgensen (Denmark), F. Njenga (Kenya), A. Okasha (Egypt), J. Parnas (Denmark), V. Patel (India), N. Sartorius (Switzerland), C. Stefanis (Greece), M. Tansella (Italy), A. Tasman (USA), S. Tyano (Israel), 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. Rondon (Perú), L. Salvador-Carulla (España)

Periodicidad: 3 números al año

ergon

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 · Puerto Rico · República Dominicana · Uruguay · Venezuela

Publicidad: Ergon Creación S. A.

Calle Arboleda, 1. • 28221 Majadahonda, Madrid • Tel. (34) 916 362 930 • Fax (34) 916 362 931
Plaza Josep Pallach 12 • 08035 Barcelona • Tel. (34) 934 285 500 • Fax (34) 934 285 660

© Copyright World Psychiatric Association

Publicado por Ergon Creación S.A.

Publicación que cumple los requisitos de soporte válido

ISSN: 1697-0683

Composición y compaginación: Ergon Creación S.A.

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 Ergon Creación S.A., del original en lengua inglesa (Volumen 12, Número 1, 2013). La responsabilidad de la traducción recae sólo en Ergon Creación S.A., y no es responsabilidad de la World Psychiatric Association (WPA). Translated by Ergon Creación S.A., from the original English language version (Volumen 12, Número 1, 2013). Responsibility for the accuracy of the Spanish language rests solely with Ergon Creación S.A., and is not the responsibility of the World Psychiatric Association (WPA).

Traducido por: Dr. José Luis González Hernández

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 Ergon Creación S.A. Si desea realizar cualquier rectificación o cancelación de los mismos, deberá enviar una solicitud por escrito a: Ergon Creación S.A. Plaza Josep Pallach 12, 08035 Barcelona.

Los trastornos mentales como «enfermedades del cerebro» y el legado de Jaspers

MARIO MAJ

Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy

Este año celebramos el 100º aniversario de la publicación de la primera edición de *Psicopatología General* de Karl Jaspers (1) y algunos autores (2,3) ya han notado analogías importantes entre el momento histórico en el cual se publicó el texto clásico y la situación actual. La analogía más notable es que en la actualidad, exactamente igual que hace un siglo, el entusiasmo desencadenado por un periodo de avances excepcionales en la investigación en neurociencias está trayendo consigo cierta desilusión, dada la relevancia limitada de estos avances dilucidar la fisiopatología de los trastornos mentales. La especialidad psiquiátrica ahora está reaccionando a esta desilusión de una manera que en varios aspectos hace eco con el análisis de Jaspers, por lo que es muy útil una nueva visita de su *Psicopatología General*.

En congruencia con el análisis de Jaspers está en primer término el reconocimiento actual de las limitaciones del paradigma científico de la medicina del siglo XIX (identificación de signos y síntomas, formulación de síndromes, valoración de la evolución y luego el análisis de los procesos biológicos que explican los síndromes) cuando se aplican a la psiquiatría. Este paradigma pareció funcionar en el caso de la parálisis general del enfermo mental. Sin embargo, como lo señala Jaspers, esta enfermedad no era un «modelo apropiado para la investigación psiquiátrica» (1, p. 566). De hecho, las psicosis sintomáticas que se presentan en la parálisis general «de ninguna manera eran diferentes a otras psicosis relacionadas con enfermedades del cerebro, ni en los síntomas psicológicos ni en la secuencia de los fenómenos psíquicos ocurridos durante la evolución de la enfermedad (1, p. 566). Además de la parálisis general, Jaspers aduce, «no se ha cumplido la esperanza de que la observación clínica de los fenómenos psíquicos, de los antecedentes vitales y del desenlace pueda generar agrupamientos característicos que después se confirmen en los hallazgos cerebrales» (1, p. 568). «La idea de la entidad patológica es en verdad una idea en el sentido que Kant le confiere a la palabra de» (1, p. 569). Aun en los casos de esquizofrenia y de trastorno maníaco-depresivo «siempre se está confinado a tipos» (1, p. 611), es decir, «constructos ficticios que en realidad pueden tener límites variables» (1, p. 560).

Varios líderes en el campo psiquiátrico ahora están proponiendo de nuevo estos razonamientos. De acuerdo con First (4, p.13), «además de la identificación de la espiroqueta como el microorganismo causante de la parálisis general del trastorno psicótico en el enfermo mental, el modelo reduccionista del siglo XIX en torno a la enfermedad no ha sido aplicable a ningún otro síndrome psiquiátrico». Para Kupfer et al (5, xix), «la cosificación de las entidades del DSM-IV, hasta el grado en que se consideran equivalentes a las enfermedades, tiene más probabilidades de confundir que de aclarar los hallazgos de la

investigación». Según Hyman (6, p. xix), «los científicos que tratan de descubrir los apuntalamientos genéticos o neurales de las enfermedades con demasiada frecuencia han cosificado los trastornos enumerados en el DSM-IV-TR como «clases naturales». Para Charney et al (7, p. 34), «muchos, y tal vez la mayor parte, de los agrupamientos actuales de los síntomas representados en el DSM finalmente no se registrarán en estados patológicos distintivos».

Un segundo elemento del debate actual que es resonancia del análisis de Jaspers es la crítica de la máxima de Griesinger (8) de que «todas las enfermedades mentales son enfermedades cerebrales» (véase 9 en este número de la revista). Esta afirmación, de acuerdo con Jaspers, «no es más que un dogma» (1, p. 496). «Sabemos que en general no existe ningún fenómeno psíquico sin la condición preliminar de alguna base física; no hay «fantasmas» (1, p. 459), pero «las enfermedades cerebrales son solo una de las causas del trastorno psíquico entre muchas» (1, p. 496). De hecho, de acuerdo con Bolton (10), no es necesario un daño al sustrato neural para que falle la función psicológica. Aprovechando el modelo de Dennett (11), Bolton señala que así como las jugadas irracionales por una computadora que juega ajedrez son explicables no únicamente por una «condición física» (cortocircuitos, sobrecalentamiento, fusibles fundidos) sino también por una «condición de diseño» (programación no óptima), la disfunción mental puede conllevar lesiones o anomalías funcionales del cerebro, pero también, para el caso, las reglas operativas de la inadaptación adquiridas mediante el aprendizaje.

Estas reglas de la inadaptación ciertamente se implementarán a través del cerebro, pero esto no significa que deba haber una disfunción efectiva de los circuitos neurales (un programa de juego de ajedrez no óptimo puede implementarse a través del mecanismo indemne de la computadora). Desde luego, como lo reconoce Jaspers, los fenómenos principalmente psíquicos por sí solos pueden producir una disfunción cerebral («los cambios cerebrales también pueden ser resultado de fenómenos psíquicos primarios») (1, p. 496), pero esto es una posibilidad, no un requisito preliminar. Algo análogo al ejemplo de Dennett revisitado por Bolton sucede con el propuesto por Kendler (12, p. 435) en torno al hombre joven que lleva a cabo un análisis estadístico en su computadora y que obtiene el resultado erróneo debido a que ha cometido un error en su programa estadístico. Procura resolver el problema desarmando la tapa posterior de su computadora, sacando la tarjeta madre y tratando de llegar a su soldadura de hierro, esperando encontrar alguna conexión con la soldadura suelta, cuando de hecho no hay ninguna.

Aun cuando realmente esté ocurriendo un proceso cerebral patológico primario — aduce Jaspers — no hay ninguna co-

rrespondencia uno a uno entre tal proceso cerebral y el fenómeno psíquico que resultará. «No sabemos de un solo fenómeno físico en el cerebro que se pudiese considerar la contraparte idéntica de un fenómeno psíquico patológico. Sólo conocemos factores condicionantes para la vida psíquica; nunca sabemos la causa del fenómeno psíquico, sólo una causa» (1, p. 459). Por otra parte, «la disposición psíquica específica del individuo condiciona el tipo específico de reacción psíquica al proceso patológico cerebral» (1, p. 458), de manera que un determinado proceso cerebral se puede corresponder con diversos fenómenos psíquicos. Estos razonamientos tienen una resonancia con el reconocimiento actual de que «cualquier trastorno mental determinado puede caracterizarse por alteraciones de múltiples mecanismos y un mecanismo en concreto puede contribuir a la alteración psicopatológica de un gran número de trastornos (13, p.632). Incluso la noción de una vía neural común final que conduce desde múltiples factores determinantes hasta un solo síndrome clínico representa «una cuestión empírica, no una a priori» (14, p.10).

En este contexto, no se debe pasar por alto la heterogeneidad básica de los trastornos mentales. «La psiquiatría estadounidense neo-kraepeliniana contemporánea... se ejerce como si existiesen compromisos biológicos con más de 300 entidades definidas por el DSM» (15, p. 7), en tanto que el modelo biológico se puede aplicar sólo a algunos trastornos mentales, por ejemplo, «la esquizofrenia, el trastorno maniaco-depresivo, la depresión melancólica y el trastorno obsesivo-compulsivo» (16, p. 56). Estas afirmaciones recientes hacen eco con la clasificación de los trastornos mentales en tres grupos de Jaspers —las enfermedades cerebrales (como la enfermedad de Alzheimer), las psicosis mayores (como la esquizofrenia y la enfermedad maniaco-depresiva) y los trastornos de la personalidad (como los síndromes neuróticos y las personalidades anormales)— que son «básicamente diferentes entre sí» (1, p. 610) y no igualmente accesibles a la investigación biológica (los del tercer grupo simplemente pueden representar «variaciones de la naturaleza humana»).

Por último, el énfasis de Jaspers en la «interacción con la enfermedad» por los pacientes (1, p. 416), de lo cual el mejor ejemplo es la «formación laboriosa de un sistema delirante basado en experiencias delirantes», tiene su eco en la noción contemporánea de que «el rol de la persona en el trastorno mental no es periférico, simplemente como una víctima pasiva de una enfermedad que ha de resolver la medicina» (17, p. 182) y que las interacciones persona-trastorno son cruciales para configurar los síntomas psicopatológicos. Así que no solo las experiencias subjetivas primarias de los pacientes han de ser el principal foco de atención de la investigación psicopatológica y neurocientífica, sino también la «actitud de los pacientes hacia su enfermedad» (1, p. 414) puede representar un objetivo importante tanto de la investigación como de la intervención terapéutica.

Se dispone de solo algunos ejemplos de problemas filosóficos básicos en psiquiatría que sean tan relevantes hoy en día como lo fueron hace un siglo. Estos parecen indicar que si bien nuestros sistemas diagnósticos pueden estar concebidos como «ateóricos», la psiquiatría contemporánea no necesita una filosofía de guía. «Si alguien piensa que puede excluir la filosofía y apartarla como inútil, finalmente será vencido por ella de una

u otra manera oscura» (1, p. 770). Este es uno de los motivos (véase también 18-22) por los que una revisita de la Psicopatología General de Jaspers, en ocasión del 100º aniversario de la publicación de su primera edición, puede representar un ejercicio útil para todo el que se ocupa de la investigación y el ejercicio de la psiquiatría.

Bibliografía

1. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Berlin: Springer, 1913. English translation of the 7th edition: General psychopathology. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1997.
2. Fulford KWM, Morris KJ, Sadler JZ et al. Past improbable, future possible: the renaissance in philosophy and psychiatry. In: Fulford KWM, Morris KJ, Sadler JZ et al (eds). Nature and narrative: an introduction to the new philosophy of psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2003:1-41.
3. Broome MR. Jaspers and neuroscience. In: Stanghellini G, Fuchs T (eds). One century of Karl Jaspers' General Psychopathology. Oxford: Oxford University Press (in press).
4. First MB. The National Institute of Mental Health Research Domain Criteria (RDoC) project: moving towards a neuroscience-based diagnostic classification in psychiatry. In: Kendler KS, Parnas J (eds). Philosophical issues in psychiatry II: nosology. Oxford: Oxford University Press, 2012:12-8.
5. Kupfer DJ, First MB, Regier DE. Introduction. In: Kupfer DJ, First MB, Regier DE (eds). A research agenda for DSM-V. Washington: American Psychiatric Association, 2002:xv-xxiii.
6. Hyman SE. Foreword. In: Phillips K, First M, Pincus H (eds). Advancing DSM: dilemmas in psychiatric diagnosis. Washington: American Psychiatric Association, 2003:xi-xix.
7. Charney DS, Barlow DH, Botteron K et al. Neuroscience research agenda to guide development of a pathophysiologically based classification system. In: Kupfer DJ, First MB, Regier DE (eds). A research agenda for DSM-V. Washington: American Psychiatric Association, 2002:31-83.
8. Griesinger W. Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Stuttgart: Krabbe, 1845.
9. Bolton D. Should mental disorders be regarded as brain disorders? 21st century mental health sciences and implications for research and training. World Psychiatry 2013;12:24-5.
10. Bolton D. What is mental disorder? An essay in philosophy, science, and values. Oxford: Oxford University Press, 2008.
11. Dennett D. Brainstorms: philosophical essays on mind and psychology. Sussex: Harvester, 1979.
12. Kendler KS. Toward a philosophical structure for psychiatry. Am J Psychiatry 2005;162:433-40.
13. Sanislow CA, Pine DS, Quinn KJ et al. Developing constructs for psychopathology research: Research Domain Criteria. J Abnorm Psychol 2010;119:631-9.
14. Bolton D. Classification and causal mechanisms: a deflationary approach to the classification problem. In: Kendler KS, Parnas J (eds). Philosophical issues in psychiatry II: nosology. Oxford: Oxford University Press, 2012:6-11.
15. Ghaemi SN. Nosologomania: DSM & Karl Jaspers' critique of Kraepelin. Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine 2009;4:10.
16. Bolton D. What is psychiatric disease? A commentary on Dr Ghaemi's paper. In: Kendler KS, Parnas J (eds). Philosophical issues in psychiatry II: nosology. Oxford: Oxford University Press, 2012:54-7.

17. Strauss JS. Subjective experiences of schizophrenia: toward a new dynamic psychiatry — II. *Schizophr Bull* 1989;15:179-87.
18. Maj M. The relevance of Jaspers' General Psychopathology to current psychiatric debate. In: Stanghellini G, Fuchs T (eds). *One century of Karl Jaspers' General Psychopathology*. Oxford: Oxford University Press (in press).
19. Mishara A, Fusar-Poli P. The phenomenology and neurobiology of delusion-formation during psychosis onset: Jaspers, Truman signs and aberrant salience. *Schizophr Bull* (in press).
20. Parnas J. Rediscovering psychopathology: the epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophr Bull* (in press).
21. Fulford B, Stanghellini G, Bolton D. Person-centered psychopathology of schizophrenia. Building on Karl Jaspers' understanding of the patient's attitude towards his illness. *Schizophr Bull* (in press).
22. Maj M. Karl Jaspers and the genesis of delusions in schizophrenia. *Schizophr Bull* (in press).

Psicosis secundarias: una actualización

MATCHERI S. KESHAVAN¹, YOSHIO KANEKO²

¹Beth Israel Deaconess Medical Center and Harvard Medical School, Boston, MA; ²Longwood Psychiatry Residency Training Program and Harvard Medical School, Boston, MA, USA

Los trastornos psiquiátricos debidos a una enfermedad médica o consumo de sustancia documentados se denominan en conjunto psicosis secundarias. En este artículo analizamos primeramente la evolución histórica del concepto de la psicosis secundaria frente a la primaria y de qué manera esta diferenciación reemplazó a la clasificación previa engañosa de las psicosis en orgánicas y funcionales. Luego esbozaremos las manifestaciones clínicas y la valoración diagnóstica de los trastornos psicóticos secundarios. Las características como la presentación atípica, la relación temporal con la causa médica detectable, las pruebas de una relación causal fisiológica directa con el agente etiológico y la falta de indicios de una enfermedad psicótica primaria que puede explicar mejor el cuadro clínico, señalan el tomar en cuenta una psicosis secundaria. Por último, describimos cómo los estudios cuidadosos de los trastornos psicóticos secundarios pueden ayudar a dilucidar las características fisiopatológicas de trastornos psicóticos primarios, o idiopáticos, como la esquizofrenia. Ilustramos esta cuestión a través de un análisis de tres trastornos psicóticos secundarios —psicosis relacionadas con epilepsia de lóbulo temporal, síndrome velocardiofacial y encefalitis por receptor N-metil D-aspartato (NMDA)— que pueden, respectivamente, representar modelos neuroanatómicos, genéticos y neuroquímicos de la patogenia de la esquizofrenia.

Palabras clave: psicosis secundarias, epilepsia del lóbulo temporal, síndrome velocardiofacial, encefalitis por receptor NMDA, esquizofrenia.

(*World Psychiatry* 2013;12:4–15)

La clasificación de los trastornos psicóticos ha continuado generando debate. La idea de que las psicosis pueden clasificarse en las que tienen una patología anatómica detectable (orgánica) y las que no tienen tal alteración patológica (funcional) ha predominado durante más de un siglo (1). Por desgracia, esta diferenciación a veces indujo a errores en la psiquiatría, sobre todo durante los primeros decenios del siglo XX, cuando lo funcional se equiparó con lo psicógeno y la causa de la esquizofrenia se atribuyó a factores psicológicos como la crianza parental.

En los últimos decenios cada vez ha resultado más evidente que es más útil clasificar los trastornos psiquiátricos como secundarios, cuando los síntomas se deben a una enfermedad médica o al consumo de sustancia documentados, y como primarios (o idiopáticos), cuando los síntomas no son explicables por otra causa. En este contexto, el DSM-IV descartó los términos orgánico y funcional utilizados en ediciones previas (2). El énfasis se modificó de la presentación o no presentación de alteraciones patológicas del cerebro distinguibles (que a menudo son difíciles de identificar, incluso en muchos trastornos neurológicos) hacia la causa (conocida, supuesta o desconocida). En el DSM-IV también se hizo la diferenciación entre los trastornos psicóticos secundarios a enfermedades médicas por contraposición a los secundarios al consumo de sustancias.

En este estudio, se ha adoptado el enfoque primario por contraposición al secundario para comprender los trastornos psicóticos, ya que el término primario ofrece la ventaja de no descartar una base neurobiológica. Si bien en todo este texto se describen diversos trastornos psicóticos secundarios, es importante tener en cuenta cómo tal comprensión puede dilucidar los sustratos neurobiológicos que podrían ser inherentes a la enfermedad psicótica primaria (o idiopática). Nuestro propósito es presentar un panorama breve de lo que se conoce en este aspecto y ofrecer un enfoque al diagnóstico diferencial entre los trastornos psicóticos primarios y secundarios.

TRASTORNOS QUE SE PRESENTAN CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS SECUNDARIOS

Prácticamente toda sustancia, fármaco prescrito o trastorno médico que afecta a la función del sistema nervioso puede producir síntomas psiquiátricos, incluida la psicosis (cuadro 1). El recurso mnemotécnico en inglés TACTICS MDS USE ofrece al profesional clínico una forma fácil de recordar los principales grupos de trastornos a considerar en el diagnóstico diferencial.

Lesión cerebral traumática

Se ha propuesto la lesión cerebral traumática (LCT) como un factor de riesgo para la psicosis esquizofreniforme, aunque se han realizado escasos estudios sistemáticos en torno a la relación entre estos dos trastornos.

Fujii y Ahmed (3) llevaron a cabo un análisis de estudios de casos en los cuales aplicaron retroactivamente los criterios del DSM-IV a un total de 69 casos y llegaron a la conclusión de que la LCT puede ser una causa primaria de psicosis o contribuir a la aparición de psicosis al provocar convulsiones, aunque este estudio se vio limitado por la heterogeneidad de los estudios de casos. Un estudio de cohortes de 3.552 veteranos finlandeses de la Segunda Guerra Mundial (4) refirió una tasa de psicosis consecutiva a LCT del 8,9%, pero la proporción de las lesiones abiertas, los posibles trastornos concomitantes y la falta de herramientas diagnósticas normalizadas cuestionó la posibilidad de generalizar estos hallazgos.

Los datos derivados de estudios adicionales, incluidos estudios epidemiológicos y de casos y testigos, indican que la LCT puede aumentar marginalmente el riesgo de psicosis, aunque el incremento del riesgo puede ser significativamente mayor en personas con predisposición genética a la enfermedad (5-7). El riesgo de psicosis parece aumentar cuando la LCT es grave, difusa, afecta a los lóbulos frontal y temporal y se acompaña de hallazgos anormales en la electroencefalografía y en los

Tabla 1. Posibles causas de psicosis secundarias

	Ejemplos	Investigación diagnóstica
Traumatismo	Lesión craneal traumática	TC, RM
Trastornos autoinmunitarios	Lupus eritematoso sistémico, encefalitis por anticuerpos contra receptor NMDA	Títulos de autoanticuerpo
Trastornos citogenéticos/congénitos	Síndrome velocardiocardiofacial, agenesia del cuerpo calloso	Determinación de cariotipo, RM
Trastornos provocados por sustancias tóxicas y drogas	PCP, MDMA, LSD, cannabis, alcohol, intoxicación por plomo, mercurio o arsénico	Antecedentes de medicación pormenorizados; detección de fármacos en orina, detección de metales pesados; prueba de suspensión del compuesto nocivo
Trastornos yatrógenos	Antipalúdicos, corticoesteroides, isoniazida	Antecedentes de medicación pormenorizados; prueba de suspensión del compuesto nocivo
Trastornos cerebrovasculares	Accidente cerebrovascular, hematomas subdurales	TC, RM
Trastornos expansivos	Tumores cerebrales	TC, RM
Trastornos metabólicos	Feocromocitoma, leucodistrofia metacromática, enfermedad de Wilson	Catecolaminas urinarias; concentraciones de arilsulfatasa, concentraciones de cobre y ceruloplasmina
Trastornos nutricionales	Pelagra, deficiencia de vitamina B12; deficiencia de vitamina D	Concentraciones de B12, folato, D3
Septicemia y trastornos infecciosos	Neurosífilis, toxoplasmosis, infección por VIH	RPR para descartar sífilis; títulos de anticuerpo de VIH; glucosa, proteína en LCR
Trastornos con causa desconocida/degenerativos/desmelinizantes	Demencia de cuerpos de Lewy, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, ataxia de Friedreich	RM, TC, EEG, potenciales evocados
Trastornos convulsivos	Convulsiones complejas parciales, epilepsia del lóbulo temporal	EEG, lo que comprende privación del sueño; EEG telemétrica si hay indicaciones
Trastornos endocrinos	Hipertiroidismo, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo	Concentraciones séricas de calcio, y hormonas tiroideas y paratiroides

TC, tomografía computadorizada; RM, imágenes de resonancia magnética; NMDA, N-metil D-aspartato; PCP, fenciclidina; MDMA, 3,4—metil-N-dioxi-metil anfetamina; LSD, dietilamida de ácido lisérgico; RPR, reagina plasmática rápida; VIH, virus de la inmunodeficiencia humana; LCR, líquido cefalorraquídeo; EEG, electroencefalografía.

estudios de diagnóstico por neuroimágenes (8-10). Cuando la psicosis ocurre en el contexto de una LCT, se caracteriza por la manifestación destacada de delirios de persecución y alucinaciones auditivas, con una escasez relativa de síntomas negativos (3,8). Dados estos indicios, se necesita más investigación para valorar la interacción entre la LCT y los factores de riesgo genéticos para la esquizofrenia.

Trastornos autoinmunitarios

Los síntomas psicóticos representan una manifestación infrecuente, pero documentada, del lupus eritematoso sistémico (LES), y se ha comunicado una prevalencia que fluctúa de 1% al 11% (11-13). Los análisis retrospectivos revelan que cuando la psicosis ocurre en el LES, tiende a aparecer en una etapa temprana de la evolución de la enfermedad. Alrededor del 30% al 60% de los pacientes que resultaron con psicosis eran psicóticos cuando se les diagnosticó LES y hasta un 80% presentó estos síntomas al cabo de un año de haberseles establecido el diagnóstico de LES (13-15). Si bien la psicosis puede ser el síntoma inicial del LES, ocurre con más frecuencia en el contexto de otros síntomas de lupus, con más frecuencia afectación cutánea y artritis (13).

Desde el punto de vista sintomático, la psicosis lúpica suele caracterizarse por paranoia, alucinaciones auditivas y visuales y delirios de grandeza (14). El tratamiento inmunodepresor,

que comprende corticoesteroides y antipalúdicos, suele dar por resultado la resolución de los síntomas psicóticos, aunque estos fármacos por sí solos pueden provocar síntomas psicóticos y contribuir a la dificultad diagnóstica (14).

Las enfermedades autoinmunitarias como causas de síntomas psicóticos no están limitadas al lupus eritematoso sistémico. La psicosis puede ser el síntoma principal de la esclerosis múltiple (16,17) y se ha documentado que ocurre en la enfermedad de Hashimoto (18,19).

Trastornos congénitos y citogenéticos

El síndrome velocardiocardiofacial (SVCF), descrito adelante con más detalle, es causado por una delección heterocigótica del cromosoma 22q11.2 y se relaciona con el vínculo más sólido hasta ahora identificado entre un trastorno genético y la psicosis, de manera que un 25% a un 30% de los pacientes con SVCF presentan síntomas análogos a los de la esquizofrenia (20-23).

El SVCF tiene especial interés debido a que los hallazgos neurocognitivos, las anomalías estructurales del cerebro, los síntomas psicóticos y los patrones de respuesta al tratamiento que se observan en este trastorno son todos muy similares a los observados en la esquizofrenia (24).

Otros trastornos genéticos en los cuales puede ocurrir psicosis son el síndrome de Prader-Willi (en el cual la frecuencia de psicosis esquizofreniforme se aproxima al 16%) (25,26), la

enfermedad de Huntington (frecuencia del 5% al 16%) (27,28) y la enfermedad o síndrome de Fahr (29,30).

Trastornos provocados por sustancias tóxicas o drogas

Los individuos que consumen sustancias psicoactivas pueden presentar síntomas psicóticos en diversos contextos, tales como intoxicación aguda, abstinencia, delirio desencadenado por intoxicación o abstinencia, trastorno afectivo desencadenado por sustancias que producen manifestaciones psicóticas y psicosis desencadenada por sustancias (PDS). Las PDS se conciben mejor como los trastornos en los que la psicosis comienza en el contexto del consumo de sustancias pero persiste durante días a semanas cuando no se continúa tal consumo.

Las sustancias con propiedades psicóticas más claras son los estimulantes (anfetamina, cocaína) (31-33), la cannabis (34,35) y los psicotomiméticos (fenciclidina, ketamina) (36,37). No se ha demostrado claramente que los opiáceos y la nicotina produzcan psicosis, aunque el alcohol y las benzodiazepinas pueden provocar psicosis sólo en estado de abstinencia aguda (33,38,39). La dietilamida de ácido lisérgico y la 3,4-metilen-dioxi-N-metilamfetamina (MDMA) pueden producir alucinaciones durante la intoxicación aguda, pero no hay pruebas claras de que produzcan un trastorno psicótico persistente (40,41).

La interacción entre la susceptibilidad a los trastornos psicóticos y a los trastornos por abuso de sustancias es compleja, y los datos parecen indicar que la vulnerabilidad genética a los psicóticos en combinación con el abuso de drogas puede desencadenar psicosis y que los individuos con tal vulnerabilidad pueden tener más probabilidades de consumo excesivo de sustancias.

Las psicosis tóxicas también pueden presentarse en el contexto de la exposición a metales pesados, los que comprenden plomo (42), mercurio y arsénico (43).

Psicosis yatrógenas

Las psicosis tóxicas pueden deberse a múltiples fármacos de acción central y por lo general se caracterizan por alteraciones agudas de la función cognitiva además de los síntomas psicóticos.

Las tasas comunicadas de síntomas psicóticos en pacientes que reciben glucocorticoides han variado ampliamente, aunque hay indicios de que los trastornos afectivos secundarios a los glucocorticoides se relacionan con síntomas psicóticos con más frecuencia que los trastornos afectivos primarios. Si bien el inicio de síntomas psicóticos suele ocurrir a los pocos días de iniciar el tratamiento con glucocorticoides, los síntomas pueden presentarse en cualquier momento, desde horas hasta semanas después de la administración de la primera dosis (44).

Los pacientes ancianos tienen un riesgo específico para presentar psicosis tóxica como reacción a los fármacos con propiedades anticolinérgicas (45,46) y a las benzodiazepinas (47,48). Se ha documentado la aparición de síntomas psicóticos tras el inicio del tratamiento con isoniazida en un número creciente de estudios de casos (49) y se ha atribuido a alteraciones de las concentraciones de catecolaminas y serotonina a través de la inhibición de la monoaminoxidasa. Los fármacos antipalúdicos, como la cloroquina y la mefloquina, se han vinculado a los síntomas psicóticos y se dispone de datos que indican que el riesgo es más elevado en pacientes con un antecedente

de enfermedad psiquiátrica (50,51). Otras clases de fármacos que se han vinculado a la psicosis tóxica son antidepresivos (52), anticomiciales (53), antieméticos (54), antiparkinsonianos (55), antipsicóticos (47), opiáceos (47), antagonistas de la histamina (56) y antibióticos (57), sobre todo cuando alcanzan concentraciones tóxicas en la sangre.

Trastornos cerebrovasculares

Se estima que las tasas de prevalencia de psicosis después de accidente cerebrovascular son del orden del 3% a 4% (58,59). Aunque los síntomas psicóticos se han presentado junto con accidentes cerebrovasculares en múltiples regiones del cerebro, son más frecuentes en las lesiones temporo-parietales-occipitales (59). Las características de los síntomas psicóticos difieren de la esquizofrenia y las psicosis subsiguientes a un accidente cerebrovascular tienden a producir alucinaciones visuales, táctiles y olfatorias (60-62). El comportamiento alucinatorio en pacientes que han sufrido accidente cerebrovascular se ha clasificado también en alucinaciones francas y alucinosis, y estas últimas se distinguen por la egodistonia y la comprensión retenida de que las percepciones no son realidad (63).

Se han realizado escasos estudios sistemáticos sobre la vinculación entre la demencia vascular y la aparición de síntomas psicóticos, aunque el hecho de que la psicosis ocurra con frecuencias similares tanto en la demencia vascular como en la de Alzheimer constituye un argumento en contra de un mecanismo psicotógeno específico para el trastorno cerebrovascular (64).

Los estudios en los que se han investigado datos de lesión cerebrovascular en pacientes que presentan síntomas psicóticos de aparición tardía han producido resultados contradictorios (65). Basándose en los datos escasos disponibles en la actualidad, es difícil definir en qué grado la enfermedad cerebrovascular predispone a un paciente a la presentación de síntomas psicóticos y se necesita más investigación para confirmar o descartar esta vinculación.

Trastornos intracraneales expansivos

Los tumores cerebrales son una causa infrecuente pero importante de psicosis secundaria y hay indicios de que la prevalencia de tumores intracraneales es mayor en pacientes con enfermedades psiquiátricas (66-68). La psicosis secundaria a tumores intracraneales puede ser difícil de diferenciar de la esquizofrenia por los síntomas, aunque es más frecuente que se relacione con alucinaciones visuales, delirios no elaborados simples y la falta de un trastorno cognitivo formal (69-72).

Los tumores situados en los lóbulos temporales o en las estructuras límbicas son los que tienen más probabilidades de producir psicosis y un estudio demostró que un 20% de los tumores del lóbulo temporal produjo síntomas psicóticos (69,73). No se ha demostrado ningún vínculo entre el tipo histológico del tumor y la frecuencia de psicosis, aunque los tumores de escasa malignidad y de crecimiento lento parecen tener más probabilidades de producir síntomas psicóticos sin signos neurológicos (74).

Se recomiendan los estudios por neuroimágenes como tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM) en los pacientes mayores que presentan psicosis de nuevo inicio y en los que tienen hallazgos neurológicos focalizados en la exploración (75).

Trastornos metabólicos

Las alteraciones de la conectividad neural, que representan el mecanismo putativo de los síntomas de esquizofrenia, también pueden ocurrir en los trastornos metabólicos que originan disfunción neuronal o muerte neuronal. Por ejemplo, aunque los trastornos del almacenamiento lisosómico suelen ocasionar disfunciones neurológicas graves en una etapa temprana y a menudo la muerte del paciente, hay formas adolescentes o adultas de estos trastornos que producen psicosis secundaria. Estos trastornos, como la enfermedad de Niemann-Pick de tipo C (NPC), la enfermedad de Tay Sachs y la α -manosidosis, producen síntomas psicóticos probablemente a través de la interacción de los procesos neuropatológicos con los cambios del desarrollo neurológico, como podas sinápticas, mielinización y cambios de la conectividad (76-78). Se observa también una interacción desordenada de la conectividad funcional y el desarrollo neurológico en las leucodistrofias y la forma de leucodistrofia metacromática (LMC) de inicio tardío es el ejemplo prototípico del vínculo entre este grupo de trastornos y las psicosis secundarias (76,79).

Se ha comunicado que los síntomas psicóticos ocurren en hasta un 50% de los pacientes con NPC de inicio tardío y LMC (76). Además, se han comunicado casos de personas con trastornos de las mitocondrias que presentan síntomas psicóticos y se considera que la leucodistrofia que ocurre en los trastornos mitocondriales interviene en la psicosis (80-82).

La enfermedad de Wilson, que conlleva el depósito normal de cobre en el hígado y el cerebro, tiene tasas de prevalencia de psicosis que fluctúan del 2% al 11% (83,84). La psicosis en la enfermedad de Wilson se caracteriza no sólo por síntomas característicos como alucinaciones, delirios y trastornos cognitivos, sino también por una infinidad de síntomas adicionales, tales como euforia, preocupación sexual, hebefrenia y catatonia (85).

Trastornos nutricionales

Durante decenios se ha investigado y debatido la vinculación entre las deficiencias nutricionales y los síntomas psiquiátricos. Hay indicios de que los síntomas psiquiátricos de la deficiencia de cobalamina pueden presentarse sin signos de anomalías hematológicas o neurológicas (86,87). En los estudios de casos de psicosis secundaria a deficiencia de cobalamina se describen síntomas de delirios de persecución, alucinaciones auditivas y visuales, trastornos de los procesos cognitivos y agitación psicomotriz que no respondieron al tratamiento con fármacos antipsicóticos pero que no se resolvieron del todo tras el tratamiento con fármacos antipsicóticos pero que se resolvieron completamente tras el tratamiento parenteral con cobalto (88-90). Las pruebas adicionales que apoyan esta vinculación comprenden un estudio en el cual los pacientes deprimidos con depresión psicótica tenían concentraciones significativamente más bajas de cobalamina que los enfermos de depresión no psicótica (91).

Aunque es débil la relación entre la deficiencia de folato y la psicosis, hay algunos indicios de que los suplementos de folato en pacientes con esquizofrenia favorecen el restablecimiento (92). Los síntomas psicóticos como las alucinaciones auditivas, los delirios de persecución y las parasitosis delirantes muy raras veces se presentan en personas con pelagra (deficiencia de niacina), aunque esto ocurre casi exclusivamente en caso de abuso crónico de alcohol (93,94).

Septicemia y enfermedades infecciosas

La neurosífilis históricamente se ha vinculado mucho con la hospitalización psiquiátrica. En 1900, a casi un 5% de los enfermos mentales internados se les diagnosticó parálisis general del enfermo mental (95). Las tasas de sífilis han aumentado desde la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y se ha atendido a pacientes que presentan síntomas exclusivamente psiquiátricos en el contexto de la neurosífilis (96). Estos enfermos pueden presentar síntomas afectivos y psicóticos que son difíciles de distinguir de los trastornos psiquiátricos primarios (97). El tratamiento de la neurosífilis con antibióticos y los antipsicóticos complementarios según sean necesarios, por lo general detienen pero no resuelven el deterioro del estado mental consecutivo a la pérdida neuronal (98), aunque hay estudios de casos de mejoría clínica significativa (99,100).

Las estimaciones de la psicosis de inicio reciente relacionadas con la infección por VIH han fluctuado entre un 0,23% y un 15% y los síntomas por lo general se presentan en la infección por VIH en etapa tardía o cuando los pacientes han pasado por una transición hacia el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (101,102). La psicosis relacionada con VIH se caracteriza por los síntomas de delirios de persecución, de grandiosidad y somáticos con alucinaciones como el segundo agrupamiento de síntomas prominentes (103). El efecto del tratamiento antirretroviral de gran actividad sobre los síntomas psicóticos aún no se ha esclarecido y se complica más por el hecho de que los efectos secundarios de los efectos secundarios de los antirretrovirales comprenden alucinaciones (102). Aunque los antipsicóticos por lo general son eficaces en la psicosis por VIH, los pacientes infectados por VIH tienen más riesgo de presentar síntomas extrapiramidales y discinesia tardía, sobre todo con el empleo de antipsicóticos típicos (101,104).

Se han postulado causas infecciosas adicionales de la psicosis secundaria, como infección por *Toxoplasma gondii*. Esta vinculación se basa en el hecho de que los estudios han demostrado una mayor prevalencia de anticuerpos contra *Toxoplasma gondii* en pacientes con esquizofrenia (105,106). Por otra parte, la toxoplasmosis se ha relacionado con síntomas psicóticos que comprenden delirios y alucinaciones auditivas, aun cuando no haya SIDA concomitante (107,108).

Por último, cada vez hay más pruebas que respaldan que las infecciones prenatales son posibles factores de riesgo para la esquizofrenia. Aunque todavía no es definitivo, las infecciones prenatales como influenza, toxoplasmosis, rubéola, infección por el virus del herpes simple y sífilis, se han relacionado con la aparición de psicosis secundaria (109-113).

Trastornos por causas desconocidas, degenerativos y desmielinizantes

Aunque los datos sobre la psicosis en esclerosis múltiple (EM) no han sido uniformes, pruebas recientes parecen indicar que esta enfermedad no aumenta la probabilidad de que se presenten síntomas psicóticos (17). En un estudio demográfico extenso realizado en Canadá, se informó que el 2% al 4% de los pacientes con esclerosis múltiple se volvían psicóticos (114). Los delirios son el síntoma psicótico principal que se observa en la esclerosis múltiple, en tanto que las alucinaciones y los síntomas negativos raras veces se presentan (115). No obstante, han sido contradictorios los informes de una correlación

temporal entre los síntomas de esclerosis múltiple y psicosis (74,115). Los síntomas psicóticos pueden estar relacionados con una lesión más grave en la sustancia blanca periventricular y las astas temporales, aunque aún no se ha dilucidado un mecanismo preciso (116). La psicosis crónica debida a esclerosis múltiple parece ser infrecuente.

Las estimaciones sobre la prevalencia y la incidencia de los síntomas psicóticos en la enfermedad de Alzheimer (AD) han variado y en un análisis de 55 estudios se comunica una prevalencia global del 41%, que consta de un 36% de pacientes con delirios y un 18% con alucinaciones (117). Los primeros tres años en la evolución de la enfermedad de Alzheimer se caracterizan por una mayor frecuencia de síntomas psicóticos, después de lo cual parece haber una meseta (117,118). Los síntomas psicóticos en la enfermedad de Alzheimer muy a menudo consisten en delirios, por lo general de robo o de suspicacia, alucinaciones visuales con más frecuencia que las alucinaciones auditivas y de falsa identidad (119). Estos síntomas suelen coincidir con otros síntomas psiquiátricos como agresión, agitación, apatía y depresión (120).

Si bien los síntomas psicóticos parecen ser menos frecuentes en las demencias fronto-temporales, se han observado en casi un 20% de los pacientes y tasas más altas en los subtipos específicos (121, 122).

Trastornos convulsivos

La psicosis esquizofreniforme se ha relacionado con epilepsia durante más de un siglo y hay datos sólidos indicativos de que la psicosis crónica ocurre con más frecuencia en pacientes con epilepsia que en la población general. Los síndromes psicóticos en la epilepsia por lo general se han clasificado basándose en su relación temporal con las convulsiones clínicas. Las psicosis ictales representan síntomas psicóticos que se presentan en el contexto de una crisis convulsiva activa, tienden a durar minutos a horas y consisten en alucinaciones prominentes y delirios paranoides (65). Las psicosis postictales representan episodios psicóticos breves que suelen ocurrir horas a días después de una serie de convulsiones, consisten en delirios, alucinaciones y síntomas afectivos y por lo general se resuelven al cabo de varios días (123,124). La aparición de una psicosis crónica relacionada con epilepsia también está bien documentada y un estudio reciente comunica un riesgo relativo de 2,48 (125,126).

Desde el punto de vista fenomenológico, es difícil distinguir la psicosis relacionada con epilepsia de la esquizofrenia, ya que no se han verificado en la literatura médica las afirmaciones de que se caracteriza por una evolución más benigna y una falta relativa de síntomas negativos (65,125). Los factores de riesgo para la aparición de la psicosis secundaria son una forma de epilepsia más grave con múltiples tipos de convulsiones (127), antecedente de estado epiléptico (125) y resistencia al tratamiento farmacológico (65). Más adelante se describe con más detalle la relación preferente aunque no exclusiva, de la epilepsia del lóbulo temporal y la aparición de síntomas psicóticos.

Trastornos endocrinos

Si bien los síntomas psicóticos secundarios a un funcionamiento tiroideo anormal son infrecuentes, hay estudios de casos de psicosis que se presenta secundaria a hipertiroidismo,

hipotiroidismo e incluso alteración rápida del estado tiroideo. Se ha descrito la psicosis como el síntoma principal de la tirotoxicosis en la enfermedad de Graves (128) la tormenta tiroidea (129), el bocio nodular tóxico (139), la tiroiditis subaguda (131) y la tiroiditis indolora (132). Así mismo, el hipotiroidismo se ha relacionado con psicosis y en un estudio se ha comunicado que hasta el 5% al 15% de los pacientes mixodematosos tienen algún tipo de síntomas psicóticos (133-135).

La psicosis relacionada con la glándula tiroidea no contiene un agrupamiento de síntomas psicóticos característicos, pues los pacientes han presentado alucinaciones auditivas y visuales, delirios y paranoia. La mayoría de los enfermos presenta trastornos afectivos (130-136). El tratamiento de la anomalía tiroidea subyacente tiende a originar la resolución de la psicosis, ya que los fármacos antipsicóticos son necesarios sólo en el contexto agudo (128,132,136). Resulta interesante, no obstante, que la corrección rápida de las concentraciones séricas anormales de hormona tiroidea puede provocar y exacerbar la psicosis relacionada con la tiroidea (137,138).

La relación del hiperparatiroidismo y la hipercalcemia con síntomas psiquiátricos significativos está bien documentada, aunque sigue sin aclararse la prevalencia específica de la psicosis en los pacientes con hiperparatiroidismo. En los estudios de casos se describen casos de alucinaciones auditivas y visuales, delirios de persecución y procesos cognitivos desorganizados en el contexto de la hipercalcemia provocada por el hiperparatiroidismo (139,140). Los datos disponibles indican que la corrección de la hipercalcemia, por lo general mediante una paratiroidectomía, logra la resolución de los síntomas psicóticos sin recidiva subsiguiente (139-141).

Aunque menos frecuente y se ha investigado menos, el hipoparatiroidismo también puede presentarse con psicosis. En un análisis de 268 casos de hipoparatiroidismo publicados en 1962 se informó que el 11% de los pacientes tenía síntomas psicóticos, a menudo en el contexto de un hipoparatiroidismo provocado por intervención quirúrgica (142). Los estudios de casos subsiguientes han respaldado la presentación de síntomas psicóticos en el hipoparatiroidismo y han resaltado el hecho de que la mejoría sintomática precisa normalización de las concentraciones de magnesio y calcio, además del tratamiento con antipsicóticos (141,143).

INVESTIGACIÓN DE LA PSICOSIS SECUNDARIA POR CONTRAPOSICIÓN A LA ESQUIZOFRENIA

No es fácil establecer una relación de causa y efecto entre el consumo de sustancias o las enfermedades médicas y la psicosis. El sospechar una enfermedad no quirúrgica subyacente es un paso inicial lógico cuando se atiende a un paciente con psicosis en el contexto de la medicina general. Las enfermedades médicas concomitantes también son muy frecuentes en quienes presentan síntomas psicóticos, sobre todo en los ancianos. Es más difícil sospechar e identificar una enfermedad médica subyacente en personas más jóvenes con psicosis en el ámbito de la psiquiatría.

Para diferenciar la psicosis primaria de la secundaria es importante documentar primero la presentación del trastorno médico general. El siguiente paso —establecer la relación causa-efecto entre el trastorno médico y la psicosis— suele ser difícil, pero se facilita si se toman en cuenta los siguientes tres principios clave: atipicidad, temporalidad y explicabilidad.

¿Es atípica la presentación de la psicosis?

Se ha de sospechar una causa médica fundamental de la psicosis sobre todo cuando la presentación es atípica. Un ejemplo de una edad de inicio más avanzada: la aparición reciente de psicosis en un hombre de 70 años de edad hará pensar en la posibilidad de una enfermedad médica subyacente. Hay que tener presente que ninguna manifestación clínica individual o combinación de síntomas distingue de manera fiable entre los trastornos psicóticos primarios y secundarios. Sin embargo, si predomina una característica en concreto, esto debiera ser señal de advertencia. Por consiguiente, un componente sólido de desorientación grave o confusión debe ser motivo para sospechar el diagnóstico. Los síntomas catatónicos, las alteraciones de los estados de conciencia (es decir, estados confusionales u «oníricos») y las alucinaciones visuales son más frecuentes en las psicosis secundarias. Se considera que determinados delirios, como los que conllevan creencias de falsa identidad de otros (es decir, delirios de Capgras) son más frecuentes en las psicosis secundarias que en la esquizofrenia. La presentación de alucinaciones multimodales (p. ej., visuales y táctiles) también aumentan la probabilidad de un trastorno psicótico secundario.

Los tipos específicos de síntomas psicóticos también suelen apuntar a alteraciones regionales de la función cerebral y plantear la sospecha de enfermedad neurológica. Por consiguiente, la negación de la ceguera que puede parecer delirante debiera despertar la sospecha del síndrome de Anton (ceguera cortical debida a lesiones de la corteza visual) y la negación de la parálisis debiera hacer que se tome en cuenta la anosognosia (debida a lesiones de la corteza parietal no dominante). Así mismo, tanto un delirio aislado como la falsa identidad de otros (síndrome de Capgras) y las alucinaciones olfativas son indicadores de afectación del lóbulo temporal.

¿Tiene el trastorno médico o el consumo de sustancias una relación temporal con la psicosis?

La psicosis secundaria es factible cuando la psicosis comienza tras el inicio del trastorno médico, varía su gravedad con la gravedad del trastorno médico y se resuelve si mejora el trastorno médico. Un ejemplo es la aparición de delirios cuando un paciente con hipotiroidismo deja de tomar el tratamiento tiroideo y la resolución de los síntomas después que se reanuda la medicación. Esta regla, no obstante, tiene muchas excepciones; p. ej., la psicosis en la epilepsia del lóbulo temporal aparece varios años después del inicio de las convulsiones. A la inversa, una enfermedad médica simplemente puede agravar o desencadenar una recaída de la esquizofrenia sin ser la causa directa de la enfermedad.

¿Es la psicosis más explicable por un trastorno psicótico primario u otro trastorno mental?

Las enfermedades médicas concomitantes son muy frecuentes en pacientes con trastornos psicóticos crónicos como la esquizofrenia. En algunos casos, aun cuando una enfermedad médica concomitante pueda aumentar la sospecha de una psicosis secundaria, un fuerte antecedente familiar de esquizofrenia y una personalidad esquizoide premórbida apunta a un diagnóstico de esquizofrenia. Así mismo, en los pacientes con un antecedente conocido de una enfermedad afectiva, la apari-

ción de síntomas psicóticos posiblemente esté relacionada con la enfermedad afectiva más que con un trastorno médico.

¿Es la psicosis una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica o del consumo de sustancias?

La respuesta a esta pregunta depende primeramente de establecer si existe un trastorno médico subyacente o consumo de sustancia que podría ser la causa. Para esto se necesita un interrogatorio pormenorizado, una exploración física y neurológica minuciosa y los estudios de laboratorio apropiados. En segundo lugar, aun cuando exista tal agente causal, suele ser difícil corroborar si los síntomas de enfermedad psicótica son una consecuencia fisiológica directa de este factor. A veces esta relación directa puede ser evidente. Por ejemplo, la presentación de hiperactividad autonómica (p. ej., dilatación de las pupilas, taquicardia) junto con ansiedad paranoide podrían señalar una causa simpaticomimética como amfetamina, fenciclidina o un tumor suprarrenal.

En todo paciente con un episodio inicial de psicosis, es decisivo obtener un interrogatorio detallado y una exploración física completa, que comprenda la exploración neurológica y la valoración de laboratorio para descartar trastornos médicos frecuentes (tabla 2). Pueden ser necesarios estudios diagnósticos adicionales como las imágenes cerebrales, el líquido cefalorraquídeo y estudios electrofisiológicos, sobre todo en quienes tienen cuadros atípicos y en los que no hay motivo para considerar un trastorno primario.

Es debatible la cuestión de si es conveniente llevar a cabo una detección sistemática del cerebro en un paciente en quien se sospeche esquizofrenia. Cuando se han utilizado los estudios clínicos por imágenes del cerebro, por lo general estructurales (como resonancia magnética o tomografía computarizada), como parte de la investigación diagnóstica de un paciente psicótico, el propósito ha sido descartar una lesión expansiva o una malformación del desarrollo como potencialmente causal de la psicosis. Aunque se han comunicado hallazgos incidentales en los estudios de resonancia magnética de pacientes que presentan psicosis (144), y de hecho ocurren incluso en individuos sanos (145), tales hallazgos son infrecuentes. En consecuencia, si no se realiza un análisis cuantitativo, las imágenes cerebrales sistemáticas no pueden ayudar al diagnóstico diferencial de la psicosis si no se toma en cuenta la presentación clínica (146).

¿PUEDEN LAS PSICOSIS SECUNDARIAS ESCLARECER LA FISIOPATOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA?

La esquizofrenia, una enfermedad frecuente y muy discapacitante cuya causa se desconoce, es una entidad heterogénea amplia que puede comprender varios trastornos psicóticos idiopáticos (147). Para desentrañar su complejidad, es importante identificar subgrupos homogéneos dentro de la enfermedad a fin de caracterizar mejor su fisiopatología. Un método para abordar esto consiste en analizar los síndromes de causas conocidas que cursan con manifestaciones clínicas similares a las de la esquizofrenia, es decir, fenocopias de esta enfermedad.

Para identificar fenocopias adecuadas de la esquizofrenia a fin de estudiarlas, es necesario definir primeramente lo que sabemos en torno a la fisiopatología de la esquizofrenia. A un nivel anatómico la esquizofrenia se caracteriza por anomalías estructurales del cerebro en las regiones frontal, temporal, pa-

rietal, ganglios basales, talámicas y límbicas (148). Los estudios por imágenes funcionales indican alteraciones de la función de las regiones prefrontales (hipofrontalidad) y alteraciones de la conectividad interhemisférica e intrahemisférica. A un nivel neuroquímico, pruebas crecientes apuntan a la disfunción dopaminérgica, glutamatérgica y GABAérgica en la fisiopatología de la psicosis, y la hipótesis de la hipofunción de N-metil D-aspartato (MMDA) es una teoría destacada para describir la patogenia de la esquizofrenia. Varios tipos de datos también señalan alteraciones de los mecanismos inmunitarios y de lesión oxidativa en la esquizofrenia (149). Desde un punto de vista etiológico se considera que la esquizofrenia es muy heredable (heredabilidad > 70%), pero se ha atribuido a varios factores ambientales como virus, drogas, traumatismo craneal y complicaciones obstétricas (150). Por consiguiente, es probable que los síntomas de la enfermedad se originen por la combinación de vulnerabilidad genética y factores ambientales estresantes.

Dada la heterogeneidad considerable de la esquizofrenia, sería difícil vislumbrar cualquier psicosis secundaria individual como un modelo adecuado para explicar todos los aspectos de este trastorno. No es de sorprender que varios trastornos psicóticos que se derivan de los factores etiológicos enumerados en la tabla 2 muestren sólo una similitud parcial con lo que clínicamente identificamos como esquizofrenia. Sin embargo, algunos trastornos tienen más probabilidades de mostrar paralelismos clínicos, fisiopatológicos o etiológicos con la esquizofrenia; los analizamos brevemente ya que pueden proporcionar indicios clave para comprender mejor la enfermedad.

Epilepsia del lóbulo temporal: un modelo anatómico de la esquizofrenia

La psicosis parece ocurrir en un 7% a un 11% de los pacientes con epilepsia, una frecuencia mucho más alta que en la población general (151). Se ha considerado que la psicosis, cuando ocurre en la epilepsia del lóbulo temporal, se parece mucho a la esquizofrenia, según la describió Slater en un estudio precoz clásico (125). El surgimiento de las psicosis en la epilepsia del lóbulo temporal se ha relacionado con el inicio de la epilepsia antes de los 20 años de edad, un antecedente de epilepsia de más de 10 años, un antecedente de convulsiones parciales complejas y lesiones en el lado izquierdo (152).

La presentación de psicosis en la epilepsia del lóbulo temporal es compatible con las alteraciones estructurales temporales internas comunicadas en la esquizofrenia (148). En concreto, se han vinculado los síntomas positivos como las alucinaciones auditivas y el trastorno cognitivo formal con alteraciones estructurales en las zonas de asociación auditivas en las circunvoluciones temporales superiores (148). La prominencia notable de los síntomas positivos en la epilepsia del lóbulo temporal ha llevado a la duda de si podría haber alguna semejanza entre la epilepsia del lóbulo temporal y los modelos neuroquímicos de la esquizofrenia. Ando et al (153) analizaron las alteraciones de los sistemas dopaminérgicos centrales en el modelo de epilepsia del lóbulo temporal con cainato utilizando la actividad locomotriz provocada por la metanfetamina como un índice de la sensibilidad dopaminérgica en ratas adultas. Demostraron indicios de hipersensibilidad dopaminérgica que claramente pueden explicar los mecanismos subyacentes a la psicosis epiléptica y también indican alteraciones similares en las psicosis idiopáticas.

Tabla 2. Investigación diagnóstica en la valoración de los pacientes para descartar psicosis secundarias

<i>Valoraciones de primera opción (a considerar sistemáticamente en todos los pacientes con un primer episodio psicótico)</i>	
Antecedentes personales patológicos y neurológicos/psiquiátricos detallados	
Exploración física y neurológica	
Pruebas neuropsicológicas	
Análisis de laboratorio: hemograma completo y diferencial, velocidad de sedimentación globular, glucosa, electrolitos, pruebas funcionales tiroideas, pruebas funcionales hepáticas, detección de drogas en orina	
<i>Valoraciones de segunda opción (a considerar cuando las valoraciones anteriores planteen posibilidades diagnósticas específicas)</i>	
Pruebas de laboratorio: reagina plasmática rápida para descartar sífilis; pruebas de VIH; metales pesados en suero; concentraciones de cobre y ceruloplasmina; concentraciones séricas de calcio; títulos de autoanticuerpo (p. ej., anticuerpos antinucleares para lupus); concentraciones de B12 y folato; concentraciones de arilsulfatasa-A; orina: cultivo y toxicología, detección de drogas	
Neuroimágenes: tomografía computarizada, resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones, tomografía por emisión de protones simples	
Electroencefalografía, polisomnografía, potenciales evocados	
Estudios de líquido cefalorraquídeo: glucosa, proteína, cultivos, antígeno criptocócico	
Cariotipificación	

Síndrome velocardiofacial (SVCF): un modelo genético de la esquizofrenia

Si bien todavía no se dilucida la causa de la esquizofrenia, se está de acuerdo en general con que los factores genéticos contribuyen en grado importante y la herencia se estima en una proporción superior al 70%. En la actualidad se piensa que la esquizofrenia es poligénica y multifactorial y una pequeña proporción de los casos se debe a variaciones en el número de copias, tales como microdeleciones o microduplicaciones de las regiones cromosómicas. Aún no se ha mapeado una gran porción de la etiología genética de la esquizofrenia y es necesario el estudio de síndromes genéticos definidos que producen manifestaciones parecidas a las de la esquizofrenia.

El VCSF se caracteriza por una deleción importante en una copia del cromosoma 22 (constituido hasta por 30 genes), que se puede detectar mediante pruebas genéticas. Es la microdeleción cromosómica más frecuente en el ser humano y se caracteriza por anomalías congénitas del corazón, dismorfismo facial y disfunciones cognitivas en la infancia. Una proporción sustancial de individuos afectados presenta enfermedades psiquiátricas mayores durante la adolescencia o en la edad adulta temprana y los trastornos de la gama de la esquizofrenia se presentan en un 25% a un 30% de los individuos afectados (20-23).

El SVCF puede ofrecer un modelo de la relación entre la susceptibilidad genética y el riesgo de manifestaciones sintomáticas de esquizofrenia. Las disfunciones cognitivas en la esquizofrenia se han vinculado a un polimorfismo de la codificación genética para la catecol O-metiltransferasa (COMT), una enzima que interviene en la degradación de la dopamina. Las personas que tienen polimorfismo Val/Val presentan una reducción de la dopamina prefrontal debida a una mayor actividad

de la COMT y, en consecuencia, pueden tener alteraciones de la función cognitiva (154). El SVCF se relaciona con alteraciones cognitivas similares a las observadas en la esquizofrenia, tales como deficiencias del control ejecutivo, la memoria y la atención. Las personas con SVCF que tienen el genotipo hemigotico COMT Val(158)Med han mostrado mejor cognición relacionada con la disminución de la degradación enzimática de la dopamina (154). Las anomalías morfológicas del cerebro, tales como la pérdida de la sustancia gris prefrontal y cingulada, similar a lo observado en la esquizofrenia, también se observan en el SVCF, y tales anomalías al parecer están correlacionadas con alteraciones cognitivas (155). Estudios longitudinales indican que las alteraciones estructurales del cerebro en el VCSF al parecer pronostican el surgimiento de síntomas psicóticos (156), aunque se necesitan más investigaciones para identificar las firmas neurobiológicas y genotípicas de los pacientes con SVCF que evolucionan para presentar psicosis secundarias. Estudios como estos, de la base neurobiológica de la psicosis en el VCSF, posiblemente permitirán dilucidar la fisiopatología de por lo menos un subgrupo de pacientes con esquizofrenia.

Encefalitis por NMDA: un modelo fisiopatológico de la esquizofrenia

Aunque ha habido considerables avances en nuestro conocimiento del sustrato fisiopatológico de la esquizofrenia, la disfunción central sigue siendo una cuestión debatida. Una teoría importante es que la disfunción glutamatérgica y GABAérgica puede ser inherente a la fisiopatología de la evolución de la psicosis, tal vez a través de la hipofunción del receptor NMDA glutamatérgico (157,158). Este modelo es respaldado por observaciones clínicas de la psicosis que semeja íntimamente a la esquizofrenia que es causada por el antagonista de receptor NMDA fenciclidina y también por las observaciones neurofisiológicas de las alteraciones de la unión al receptor NMDA y la expresión en cerebros posmortem de individuos con esquizofrenia (159). El receptor NMDA, por tanto, proporciona un modelo biológico natural para el estudio adicional y puede esclarecer algunos aspectos de la heterogeneidad fisiopatológica de la esquizofrenia.

La disfunción glutamatérgica puede deberse a una deficiencia de la regulación de las neuronas piramidales predominantemente glutamatérgicas que es mediada por el GABA. Esta teoría está respaldada por observaciones de que la disminución de la síntesis de GABA, según se refleja en la reducción de la actividad neuronal de la isoforma 67-kDa de la descarboxilasa de ácido glutámico (GAD67) en pacientes con esquizofrenia (160). Varios tipos de indicios también apuntan hacia las alteraciones de los mecanismos inmunitarios de la esquizofrenia (161). Es necesario trazar relaciones entre el modelo de alteración de NMDA/GABA y las teorías de la modulación del sistema inmunitario en la esquizofrenia; los estudios sobre estas formas apropiadas de psicosis secundarias podrían ser una forma de dilucidar más este modelo.

Una forma desconcertante de psicosis secundaria que conduce a un estado de receptor NMDA hipofuncional puede esclarecer aspectos de la fisiopatología de la esquizofrenia. Desde el año 2007 en muchos estudios de casos se describió una forma de encefalitis en la cual los pacientes que presentaban síntomas neurológicos y psiquiátricos resultaron con autoan-

ticuerpos positivos a los heterómeros NR1/NR2 del receptor NMDA. Dalmau y sus colaboradores (162,163) examinaron a 100 pacientes que presentaban encefalitis por receptor NMDA y demostraron que el 77% presentaba una variedad de síntomas psiquiátricos que consistían en ansiedad, insomnio, temor, delirios de grandezas, hiperreligiosidad, manía y paranoia.

Un modelo que integra la encefalitis por receptor NMDA con la disfunción de GABA/glutamato comprende la idea de que una disminución de los receptores NMDA mediada por anticuerpo puede inactivar a las neuronas GABAérgicas, que normalmente sirven para inhibir el glutamato extracelular. Sin la existencia reguladora de GABA, el glutamato excesivo resultante puede inducir a la psicosis y exacerbarla. Es posible que exista un mecanismo similar en la esquizofrenia, aunque aún no se han obtenido pruebas definitivas de alteraciones de la neurotransmisión glutamatérgica del cerebro en esta enfermedad.

El receptor NMDA representa un mecanismo biológico para la presentación de psicosis que justifica más estudio, con la posibilidad adicional de que las variaciones de las características de la disfunción del receptor MDA pudiesen confirmar la heterogeneidad fisiopatológica compleja de la esquizofrenia.

CONCLUSIONES

La diferenciación histórica entre la enfermedad orgánica (o estructural) y funcional (puramente psicológica) no ha sido útil en el campo y ha obstaculizado la investigación sistemática de trastornos que antes se consideraban puramente psicológicos. La clasificación de los trastornos psiquiátricos en aquellos con o sin causa identificable ha sido más clínicamente significativa.

La identificación de una causa médica, tóxica o yatrógena en un paciente que presenta psicosis puede ser un reto diagnóstico. La obtención pormenorizada de los antecedentes, la exploración física y el empleo juicioso de las pruebas médicas modernas, en combinación con una mente informada, ayudan al profesional clínico a establecer un diagnóstico oportuno y brindar una intervención óptima, lo cual puede ser muy satisfactorio.

Al apreciar las causas de las psicosis secundarias, el clínico—científico también logra la comprensión potencial de la fisiopatología y etiología desconcertantes de los trastornos psicóticos primarios como la esquizofrenia.

Bibliografía

1. Mendel LB. The American Physiological Society. *Science* 1907;26:765.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
3. Fujii D, Ahmed I. Characteristics of psychotic disorder due to traumatic brain injury: an analysis of case studies in the literature. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2002;14:130-40.
4. Achte KA, Hillbom E, Aalberg V. Psychoses following war brain injuries. *Acta Psychiatr Scand* 1969;45:1-18.
5. Silver JM, Kramer R, Greenwald S et al. The association between head injuries and psychiatric disorders: findings from the New Haven NIMH Epidemiologic Catchment Area Study. *Brain Inj* 2001;15:935-45.
6. Harrison G, Whitley E, Rasmussen F et al. Risk of schizophrenia and other non-affective psychosis among individuals

- exposed to head injury: case control study. *Schizophr Res* 2006;88:119-26.
7. David AS, Prince M. Psychosis following head injury: a critical review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76 (Suppl. 1):i53-60.
 8. Sachdev P, Smith JS, Cathcart S. Schizophrenia-like psychosis following traumatic brain injury: a chart-based descriptive and case-control study. *Psychol Med* 2001;31:231-9.
 9. Cutting J. The phenomenology of acute organic psychosis. Comparison with acute schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1987;151: 324-32.
 10. Miller BL, Benson DF, Cummings JL et al. Late-life paraphrenia: an organic delusional syndrome. *J Clin Psychiatry* 1986;47: 204-7.
 11. Sibley JT, Olszynski WP, Decoteau WE et al. The incidence and prognosis of central nervous system disease in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 1992;19:47-52.
 12. Stojanovich L, Zandman-Goddard G, Pavlovich S et al. Psychiatric manifestations in systemic lupus erythematosus. *Autoimmun Rev* 2007;6:421-6.
 13. Pego-Reigosa JM, Isenberg DA. Psychosis due to systemic lupus erythematosus: characteristics and long-term outcome of this rare manifestation of the disease. *Rheumatology* 2008;47: 1498-502.
 14. Appenzeller S, Cendes F, Costallat LTL. Acute psychosis in systemic lupus erythematosus. *Rheumatol Int* 2008;28:237-43.
 15. Ward MM, Studenski S. The time course of acute psychiatric episodes in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 1991;18:535-9.
 16. Carrieri PB, Montella S, Petracca M. Psychiatric onset of multiple sclerosis: description of two cases. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2011;23:E6.
 17. Kosmidis MH, Giannakou M, Messinis L et al. Psychotic features associated with multiple sclerosis. *Int Rev Psychiatry* 2010;22:55-66.
 18. Lee M-J, Lee H-S, Hwang J-S et al. A case of Hashimoto's encephalopathy presenting with seizures and psychosis. *Korean J Pediatr* 2012;55:111-3.
 19. de Holanda N, de Lima D. Hashimoto's encephalopathy: systematic review of the literature and an additional case. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2011;23:384-90.
 20. Shprintzen RJ, Goldberg R, Golding-Kushner KJ et al. Late-onset psychosis in the velo-cardio-facial syndrome. *Am J Med Genet* 1992;42:141-2.
 21. Pulver AE, Nestadt G, Goldberg R et al. Psychotic illness in patients diagnosed with velo-cardio-facial syndrome and their relatives. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:476-8.
 22. Papolos DF, Faedda GL, Veit S et al. Bipolar spectrum disorders in patients diagnosed with velo-cardio-facial syndrome: does a hemizygous deletion of chromosome 22q11 result in bipolar affective disorder? *Am J Psychiatry* 1996;153:1541-7.
 23. Murphy KC, Jones LA, Owen MJ. High rates of schizophrenia in adults with velo-cardio-facial syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:940-5.
 24. Chow EWC, Watson M, Young DA et al. Neurocognitive profile in 22q11 deletion syndrome and schizophrenia. *Schizophr Res* 2006;87:270-8.
 25. Vogels A, Matthijs G, Legius E et al. Chromosome 15 maternal uniparental disomy and psychosis in Prader-Willi syndrome. *J Med Genet* 2003;40:72-3.
 26. Vogels A, De Hert M, Descheemaeker MJ et al. Psychotic disorders in Prader-Willi syndrome. *Am J Med Genet A* 2004;15;127A: 238-43.
 27. Folstein SE, Chase GA, Wahl WE et al. Huntington disease in Maryland: clinical aspects of racial variation. *Am J Hum Genet* 1987;41:168-79.
 28. Shiwach R. Psychopathology in Huntington's disease patients. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:241-6.
 29. Bourgeois JA. Fahr's disease — a model of neuropsychiatric illness with cognitive and psychotic symptoms. *Acta Psychiatr Scand* 2010;121:78.
 30. Shakibai SV, Johnson JP, Bourgeois JA. Paranoid delusions and cognitive impairment suggesting Fahr's disease. *Psychosomatics* 2005;46:569-72.
 31. Curran C, Byrappa N, McBride A. Stimulant psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 2004;185:196-204.
 32. Post RM. Cocaine psychoses: a continuum model. *Am J Psychiatry* 1975;132:225-31.
 33. Thirthalli J, Benegal V. Psychosis among substance users. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:239-45.
 34. Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell NR. Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people. *Psychol Med* 2003;33:15-21.
 35. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Tests of causal linkages between cannabis use and psychotic symptoms. *Addiction* 2005;100:354-66.
 36. Erard R, Luisada PV, Peele R. The PCP psychosis: prolonged intoxication or drug-precipitated functional illness? *J Psychedelic Drugs* 1980;12:235-51.
 37. Jansen KL. A review of the nonmedical use of ketamine: use, users and consequences. *J Psychoactive Drugs* 2000;32:419-33.
 38. Hambrecht M, Hefner H. Do alcohol or drug abuse induce schizophrenia? *Nervenarzt* 1996;67:36-45.
 39. Dalmau A, Bergman B, Brismar B. Psychotic disorders among inpatients with abuse of cannabis, amphetamine and opiates. Do dopaminergic stimulants facilitate psychiatric illness? *Eur Psychiatry* 1999;14:366-71.
 40. Cami J, Farré M, Mas M et al. Human pharmacology of 3,4-methylenedioxymethamphetamine ("ecstasy"): psychomotor performance and subjective effects. *J Clin Psychopharmacol* 2000;20:455-66.
 41. Cole JC, Sumnall HR. Altered states: the clinical effects of Ecstasy. *Pharmacol Ther* 2003;98:35-58.
 42. Kahan VL. Paranoid states occurring in leaded-petrol handlers. *J Ment Sci* 1950;96:1043-7.
 43. Schenk VW, Stolk PJ. Psychosis following arsenic (possibly thallium) poisoning. A clinical-neuropathological report. *Psychiatr Neurol Neurochir* 1967;70:31-7.
 44. Dubovsky AN, Arvikar S, Stern TA et al. The neuropsychiatric complications of glucocorticoid use: steroid psychosis revisited. *Psychosomatics* 2012;53:103-15.
 45. Feinberg M. The problems of anticholinergic adverse effects in older patients. *Drugs Aging* 1993;3:335-48.
 46. Peters NL. Snipping the thread of life. Antimuscarinic side effects of medications in the elderly. *Arch Intern Med* 1989;149:2414-20.
 47. Schor JD, Levkoff SE, Lipsitz LA et al. Risk factors for delirium in hospitalized elderly. *JAMA* 1992;267:827-31.
 48. Marcantonio ER, Juarez G, Goldman L et al. The relationship of postoperative delirium with psychoactive medications. *JAMA* 1994;272:1518-22.
 49. Schrestha S, Alao A. Isoniazid-induced psychosis. *Psychosomatics* 2009;50:640-1.
 50. Tran TM, Browning J, Dell ML. Psychosis with paranoid delusions after a therapeutic dose of mefloquine: a case report. *Malar J* 2006;5:74.

51. Alisky JM, Chertkova EL, Iczkowski KA. Drug interactions and pharmacogenetic reactions are the basis for chloroquine and mefloquine-induced psychosis. *Med Hypotheses* 2006;67:1090-4.
52. Gustafson Y, Berggren D, Brännström B et al. Acute confusional states in elderly patients treated for femoral neck fracture. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:525-30.
53. Meador KJ. Cognitive side effects of antiepileptic drugs. *Can J Neurol Sci* 1994;21:S12-6.
54. Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationships with baseline vulnerability. *JAMA* 1996;275:852-7.
55. Bowen JD, Larson EB. Drug-induced cognitive impairment. Defining the problem and finding solutions. *Drugs Aging* 1993;3:349-57.
56. Martin NJ, Stones MJ, Young JE et al. Development of delirium: a prospective cohort study in a community hospital. *Int Psychogeriatr* 2000;12:117-27.
57. Snively S. The neurotoxicity of antibacterial agents. *Ann Intern Med* 1984;101:92-104.
58. Almeida OP, Xiao J. Mortality associated with incident mental health disorders after stroke. *Aust N Z J Psychiatry* 2007;41:274-81.
59. Kumral E, Öztürk O. Delusional state following acute stroke. *Neurology* 2004;62:110-3.
60. Nagaratnam N, O'Neile L. Delusional parasitosis following occipito-temporal cerebral infarction. *Gen Hosp Psychiatry* 2000;22:129-32.
61. Beniczky S, Kéri S, Vöröcs E et al. Complex hallucinations following occipital lobe damage. *Eur J Neurol* 2002;9:175-6.
62. Nye E, Arendts G. Intracerebral haemorrhage presenting as olfactory hallucinations. *Emerg Med* 2002;14:447-9.
63. Starkstein S, Robinson R. Post-stroke hallucinatory delusional syndromes. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 1992;5:114-8.
64. Lyketsos CG, Steinberg M, Tschanz JT et al. Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *Am J Psychiatry* 2000;157:708-14.
65. Sachdev PS, Keshavan MS. Secondary schizophrenia. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
66. Waggoner RW, Bagchi BK. Initial masking of organic brain changes by psychic symptoms: clinical and electroencephalographic studies. *Am J Psychiatry* 1954;110:904-10.
67. Klotz M. Incidence of brain tumors in patients hospitalized for chronic mental disorders. *Psychiatr Q* 1957;31:669-80.
68. Larson C. Intracranial tumors in mental hospital patients a statistical study. *Am J Psychiatry* 1940;97:49-58.
69. Mulder DW, Daly D. Psychiatric symptoms associated with lesions of temporal lobe. *JAMA* 1952;150:173-6.
70. Selecki BR. Intracranial space-occupying lesions among patients admitted to mental hospitals. *Med J Aust* 1965;1:383-90.
71. Malamud N. Psychiatric disorder with intracranial tumors of limbic system. *Arch Neurol* 1967;17:113-23.
72. Galasko D, Kwo-On-Yuen PF, Thal L. Intracranial mass lesions associated with late-onset psychosis and depression. *Psychiatr Clin North Am* 1988;11:151-66.
73. Edwards-Lee T. Focal lesions and psychosis. In: Bogousslavsky J, Cummings JL (eds). *Behavior and mood disorders*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000:419-36.
74. Davison K, Bagley CR. Schizophrenia-like psychoses associated with organic disorder of the central nervous system: a review of the literature. In: Herrington RN (ed). *Current problems in neuropsychiatry*. Ashford: Headley Brothers, 1969:1-45.
75. Hollister LE, Boutros N. Clinical use of CT and MR scans in psychiatric patients. *J Psychiatry Neurosci* 1991;16:194-8.
76. Benes F. Why does psychosis develop during adolescence and early adulthood? *Curr Opin Psychiatry* 2003;16:317-9.
77. Feinberg I. Schizophrenia: caused by a fault in programmed synaptic elimination during adolescence? *J Psychiatr Res* 1982;17:319-34.
78. Benes FM. Myelination of cortical-hippocampal relays during late adolescence. *Schizophr Bull* 1989;15:585-93.
79. Weinberger DR, Lipska BK. Cortical maldevelopment, anti-psychotic drugs, and schizophrenia: a search for common ground. *Schizophr Res* 1995;16:87-110.
80. Mizukami K, Sasaki M, Suzuki T et al. Central nervous system changes in mitochondrial encephalomyopathy: light and electron microscopic study. *Acta Neuropathol* 1992;83:449-52.
81. Suzuki T, Koizumi J, Shiraishi H et al. Psychiatric disturbance in mitochondrial encephalomyopathy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1989;52:920-2.
82. Amemiya S, Hamamoto M, Goto Y et al. Psychosis and progressing dementia: presenting features of a mitochondriopathy. *Neurology* 2000;55:600-1.
83. Huang CC, Chu NS. Wilson's disease: clinical analysis of 71 cases and comparison with previous Chinese series. *J Formos Med Assoc* 1992;91:502-7.
84. Rathbun J. Neuropsychological aspects of Wilson's disease. *Int J Neurosci* 1996;85:221-9.
85. Wilson S. Progressive lenticular degeneration. *BMJ* 1912;2:1645.4.
86. Lindenbaum J, Heaton EB, Savage DG et al. Neuropsychiatric disorders caused by cobalamin deficiency in the absence of anemia or macrocytosis. *N Engl J Med* 1988;318:1720-8.
87. Hutto BR. Folate and cobalamin in psychiatric illness. *Compr Psychiatry* 1997;38:305-14.
88. Evans DL, Edelson GA, Golden RN. Organic psychosis without anemia or spinal cord symptoms in patients with vitamin B12 deficiency. *Am J Psychiatry* 1983;140:218-21.
89. Masalha R, Chudakov B, Muhamad M et al. Cobalamin-responsive psychosis as the sole manifestation of vitamin B12 deficiency. *Isr Med Assoc J* 2001;3:701-3.
90. Payinda G, Hansen T. Vitamin B(12) deficiency manifested as psychosis without anemia. *Am J Psychiatry* 2000;157:660-1.
91. Levitt AJ, Joffe RT. Vitamin B12 in psychotic depression. *Br J Psychiatry* 1988;153:266-7.
92. Godfrey PS, Toone BK, Carney MW et al. Enhancement of recovery from psychiatric illness by methylfolate. *Lancet* 1990;336:392-5.
93. Prakash R, Gandotra S, Singh LK et al. Rapid resolution of delusional parasitosis in pellagra with niacin augmentation therapy. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30:581-4.
94. Rudin DO. The major psychoses and neuroses as omega-3 essential fatty acid deficiency syndrome: substrate pellagra. *Biol Psychiatry* 1981;16:837-50.
95. Hare EH. The origin and spread of dementia paralytica. *J Ment Sci* 1959;105:594-626.
96. Sobhan T, Rowe HM, Ryan WG et al. Unusual case report: three cases of psychiatric manifestations of neurosyphilis. *Psychiatr Serv* 2004;55:830-2.
97. Klaus MV, Amarante L, Beam TR. Routine screening for syphilis is justified in patients admitted to psychiatric, alcohol, and drug rehabilitation wards of the Veterans Administration Medical Center. *Arch Dermatol* 1989;125:1644-6.

98. Hutto B. Syphilis in clinical psychiatry: a review. *Psychosomatics* 2001;42:453-60.
99. Taycan O, Ugur M, Ozmen M. Quetiapine vs. risperidone in treating psychosis in neurosyphilis: a case report. *Gen Hosp Psychiatry* 2006;28:359-61.
100. Güler E, Leyhe T. A late form of neurosyphilis manifesting with psychotic symptoms in old age and good response to ceftriaxone therapy. *Int Psychogeriatr* 2011;23:666-9.
101. Sewell DD. Schizophrenia and HIV. *Schizophr Bull* 1996;22: 465-73.
102. Dolder CR, Patterson TL, Jeste DV. HIV, psychosis and aging: past, present and future. *AIDS* 2004;18 (Suppl. 1):S35-42.
103. Harris MJ, Jeste DV, Gleghorn A et al. New-onset psychosis in HIV-infected patients. *J Clin Psychiatry* 1991;52:369-76.
104. Shedlack KJ, Soldato-Couture C, Swanson CL. Rapidly progressive tardive dyskinesia in AIDS. *Biol Psychiatry* 1994;35:147-8.
105. Yolken RH, Dickerson FB, Fuller Torrey E. Toxoplasma and schizophrenia. *Parasite Immunol* 2009;31:706-15.
106. Torrey EF, Yolken RH. Schizophrenia and toxoplasmosis. *Schizophr Bull* 2007;33:727-8.
107. Kramer W. Frontiers of neurological diagnosis in acquired toxoplasmosis. *Psychiatr Neurol Neurochir* 1966;69:43-64.
108. Freytag HW, Haas H. Psychiatric aspects of acquired toxoplasmosis. A case report. *Nervenarzt* 1979;50:128-31.
109. Brown AS. Epidemiologic studies of exposure to prenatal infection and risk of schizophrenia and autism. *Dev Neurobiol* (in press).
110. Brown AS, Begg MD, Gravenstein S et al. Serologic evidence of prenatal influenza in the etiology of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:774-80.
111. Mortensen PB, Norgaard-Pedersen B, Waltoft BL et al. Toxoplasma gondii as a risk factor for early-onset schizophrenia: analysis of filter paper blood samples obtained at birth. *Biol Psychiatry* 2007;61:688-93.
112. Babulas V, Factor-Litvak P, Goetz R et al. Prenatal exposure to maternal genital and reproductive infections and adult schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006;163:927-9.
113. Brown AS, Cohen P, Harkavy-Friedman J et al. Prenatal rubella, premorbid abnormalities, and adult schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2001;49:473-86.
114. Patten SB, Svenson LW, Metz LM. Psychotic disorders in MS: population-based evidence of an association. *Neurology* 2005;65:1123-5.
115. Feinstein A. The neuropsychiatry of multiple sclerosis. *Can J Psychiatry* 2004;49:157-63.
116. Feinstein A, Boulay du G, Ron MA. Psychotic illness in multiple sclerosis. A clinical and magnetic resonance imaging study. *Br J Psychiatry* 1992;161:680-5.
117. Ropacki SA, Jeste DV. Epidemiology of and risk factors for psychosis of Alzheimer's disease: a review of 55 studies published from 1990 to 2003. *Am J Psychiatry* 2005;162:2022-30.
118. Paulsen JS, Ready RE, Stout JC et al. Neurobehaviors and psychotic symptoms in Alzheimer's disease. *J Int Neuropsychol Soc* 2000;6:815-20.
119. Jeste DV, Finkel SI. Psychosis of Alzheimer's disease and related dementias. Diagnostic criteria for a distinct syndrome. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000;8:29-34.
120. Rapoport MJ, van Reekum R, Freedman M et al. Relationship of psychosis to aggression, apathy and function in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16:123-30.
121. Gustafson L, Brun A, Passant U. Frontal lobe degeneration of non-Alzheimer type. *Baillieres Clin Neurol* 1992;1:559-82.
122. Edwards-Lee T, Miller BL, Benson DF et al. The temporal variant of frontotemporal dementia. *Brain* 1997;120 (Pt 6):1027-40.
123. Logsdail SJ, Toone BK. Post-ictal psychoses. A clinical and phenomenological description. *Br J Psychiatry* 1988;152:246-52.
124. Kanner AM, Stagno S, Kotagal P et al. Postictal psychiatric events during prolonged video-electroencephalographic monitoring studies. *Arch Neurol* 1996;53:258-63.
125. Slater E, Beard AW, Glithero E. The schizophrenia-like psychoses of epilepsy. *Br J Psychiatry* 1963;109:95-150.
126. Qin P, Xu H, Laursen TM et al. Risk for schizophrenia and schizophrenia-like psychosis among patients with epilepsy: population based cohort study. *BMJ* 2005;331:23.
127. Standage KF, Fenton GW. Psychiatric symptom profiles of patients with epilepsy: a controlled investigation. *Psychol Med* 1975;5:152-60.
128. Katsigiannopoulos K, Georgiadou E, Pazarlis P et al. Psychotic disorder as a manifestation of Graves' disease. *Psychosomatics* 2010;51:449-50.
129. Chen T-S, Wen M-J, Hung Y-J et al. A rare storm in a psychiatric ward: thyroid storm. *Gen Hosp Psychiatry* 2012;34:210.e1-4.
130. Brownlie BE, Rae AM, Walshe JW et al. Psychoses associated with thyrotoxicosis — "thyrotoxic psychosis". A report of 18 cases, with statistical analysis of incidence. *Eur J Endocrinol* 2000;142:438-44.
131. Rizvi AA. "Thyrotoxic psychosis" associated with subacute thyroiditis. *South Med J* 2007;100:837-40.
132. Kobayashi N, Tajiri J, Takano M. Transient psychosis due to painless thyroiditis in a patient with anxiety disorder: a case report. *J Med Case Reports* 2011;5:534.
133. Sathya A, Radhika R, Mahadevan S et al. Mania as a presentation of primary hypothyroidism. *Singapore Med J* 2009;50:e65-7.
134. Tor PC, Lee HY, Fones CSL. Late-onset mania with psychosis associated with hypothyroidism in an elderly Chinese lady. *Singapore Med J* 2007;48:354-7.
135. Hall R. Psychiatric effects of thyroid hormone disturbance. *Psychosomatics* 1983;24:7-11.
136. Heinrich TW, Grahm G. Hypothyroidism presenting as psychosis: myxedema madness revisited. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2003;5:260-6.
137. Irwin R, Ellis PM, Delahunt J. Psychosis following acute alteration of thyroid status. *Aust N Z J Psychiatry* 1997;31:762-4.
138. Schofield A, Bracken P. Thyroid-induced psychosis in myxoedema. *Ir Med J* 1983;76:495-6.
139. Papa A, Bononi F, Sciubba S et al. Primary hyperparathyroidism: acute paranoid psychosis. *Am J Emerg Med* 2003;21:250-1.
140. Watson LC, Marx CE. New onset of neuropsychiatric symptoms in the elderly: possible primary hyperparathyroidism. *Psychosomatics* 2002;43:413-7.
141. Velasco PJ, Manshadi M, Breen K et al. Psychiatric aspects of parathyroid disease. *Psychosomatics* 1999;40:486-90.
142. Denko JD, Kaelbling R. The psychiatric aspects of hypoparathyroidism. *Acta Psychiatr Scand* 1962;38 (Suppl. 164):1-70.
143. Ang AW, Ko SM, Tan CH. Calcium, magnesium, and psychotic symptoms in a girl with idiopathic hypoparathyroidism. *Psychosom Med* 1995;57:299-302.
144. Lisanby S, Kohler C, Swanson C. Psychosis secondary to brain tumor. *Semin Clin Neuropsychiatry* 1998;3:12-22.
145. Illes J, Kirschen M, Edwards E et al. Incidental findings in brain imaging research: what should happen when a researcher sees a potential health problem in a brain scan from a research subject? *Science* 2006;311:783-84.

146. Lawrie SM, Abukmeil SS, Chiswick A et al. Qualitative cerebral morphology in schizophrenia: a magnetic resonance imaging study and systematic literature review. *Schizophr Res* 1997;24;25:155-66.
147. Keshavan MS, DeLisi LE, Seidman LJ. Early and broadly defined psychosis risk mental states. *Schizophr Res* 2011;126:1-10.
148. Shenton ME, Whitford TJ, Kubicki M. Structural neuroimaging in schizophrenia: from methods to insights to treatments. *Dialogues Clin Neurosci* 2010;12:317-32.
149. Keshavan MS, Tandon R, Boutros NN et al. Schizophrenia, "just the facts": what we know in 2008. Part 3: Neurobiology. *Schizophr Res* 2008;106:89-107.
150. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, "just the facts": what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophr Res* 2008;102:1-18.
151. Trimble M. *The psychoses of epilepsy*. New York: Raven, 1991.
152. Torta R, Keller R. Behavioral, psychotic, and anxiety disorders in epilepsy: etiology, clinical features, and therapeutic implications. *Epilepsia* 1999;40 (Suppl. 10):S2-20.
153. Ando N, Morimoto K, Watanabe T et al. Enhancement of central dopaminergic activity in the kainate model of temporal lobe epilepsy: implication for the mechanism of epileptic psychosis. *Neuropsychopharmacology* 2004;29:1251-8.
154. Shashi V, Keshavan MS, Howard TD et al. Cognitive correlates of a functional COMT polymorphism in children with 22q11.2 deletion syndrome. *Clin Genet* 2006;69:234-8.
155. Shashi V, Kwapil TR, Kaczorowski J et al. Evidence of gray matter reduction and dysfunction in chromosome 22q11.2 deletion syndrome. *Psychiatry Res* 2010;181:1-8.
156. Kates WR, Antshel KM, Faraone SV et al. Neuroanatomic predictors to prodromal psychosis in velocardiofacial syndrome (22q11.2 deletion syndrome): a longitudinal study. *Biol Psychiatry* 2011;69:945-52.
157. Olney JW, Farber NB. Glutamate receptor dysfunction and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:998-1007.
158. Moghaddam B. Bringing order to the glutamate chaos in schizophrenia. *Neuron* 2003;40:881-4.
159. Harrison PJ, Law AJ, Eastwood SL. Glutamate receptors and transporters in the hippocampus in schizophrenia. *Ann N Y Acad Sci* 2003;1003:94-101.
160. González-Burgos G, Hashimoto T, Lewis DA. Alterations of cortical GABA neurons and network oscillations in schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep* 2010;12:335-44.
161. Potvin S, Stip E, Sepehry AA et al. Inflammatory cytokine alterations in schizophrenia: a systematic quantitative review. *Biol Psychiatry* 2008;63:801-8.
162. Dalmau J, Tüzün E, Wu H-Y et al. Paraneoplastic anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis associated with ovarian teratoma. *Ann Neurol* 2007;61:25-36.
163. Dalmau J, Rosenfeld MR. Paraneoplastic syndromes of the CNS. *Lancet Neurol* 2008;7:327-40.

El caso Breivik y lo que los psiquiatras pueden aprender del mismo

INGRID MELLE

K.G. Jepsen Centre for Psychosis Research, Institute of Clinical Medicine, University of Oslo and Oslo University Hospital, Nydalen, 0424 Oslo, Norway

La tarde del 22 de julio de 2011, el noruego Anders Behring Breivik asesinó a 77 personas, muchas de ellas niños y jóvenes, en dos sucesos diferentes. El 24 de agosto de 2012 fue sentenciado a 21 años de prisión. Breivik fue objeto de dos valoraciones forenses: en la primera se llegó a la conclusión de que tenía un trastorno psicótico y por tanto no era legalmente responsable, en tanto que en la segunda se determinó que tenía un trastorno de la personalidad y por tanto era legalmente responsable. En este artículo se describen primeramente los antecedentes de Breivik y sus crímenes. Después se expone un panorama de las dos valoraciones forenses, sus métodos, contenidos y desacuerdos y de qué manera estas cuestiones fueron manejadas por el tribunal para el veredicto. Por último, el artículo se enfoca en algunas enseñanzas que los psiquiatras pueden aprender del caso.

Palabras clave: Caso de Breivik, psiquiatría forense, diagnóstico psiquiátrico, psiquiatría y los medios de comunicación.

(World Psychiatry 2013;12:16–21)

El 22 de julio de 2011 era un día tranquilo, gris y húmedo en Oslo. Al igual que casi todos los viernes de mediados de las vacaciones de verano noruegas, las oficinas cerraban temprano y los locales dejaban la ciudad a los turistas. A las 15:25 horas, Anders Behring Breivik detonó un coche bomba a base de fertilizante de 950 kg en las oficinas de gobierno en el centro de la ciudad, matando a ocho personas y lesionando gravemente a nueve. Sólo cerca de 200 personas de las habituales 1.900 estaban todavía trabajando a estas horas de la tarde y por tanto había el consuelo breve de que el número de víctimas fuese menor que lo que al principio se había temido. Sin embargo, dos horas más tarde, llegaron las noticias de un tiroteo en el campo de verano de la organización juvenil del Partido Laboral Noruego. Breivik había viajado directamente desde el lugar de la explosión hasta la isla pequeña de Utoya y logró acceso al transbordador de la isla encubriéndose como oficial de policía. Casi de inmediato comenzó a disparar a las 600 personas atrapadas en la isla y mató a 69, de las cuales 59 habían nacido en 1990 o después de este año. Utilizando balas expansivas de punta hueca también produjo muchas lesiones graves y desfigurantes. Los sobrevivientes informaron que regresaba a las víctimas previas y les disparaba una y otra vez y que varias veces persuadió a los que estaban escondidos para que salieran diciéndoles que era un policía. Los sobrevivientes también informaron que a veces se reía y gritaba mientras disparaba.

Después de 50 minutos, Breivik llamó a la policía diciendo: «Sí, hola, mi nombre es comandante Anders Behring Breivik del movimiento de resistencia anticomunista noruego. Estoy en Utoya por el momento, quiero entregarme». Al dársele el seguimiento habitual con preguntas relativas a de dónde estaba llamando, interrumpió la conexión y regresó a disparar. Veinte minutos más tarde se rindió a una fuerza policial armada con sus brazos sobre la cabeza. En su primer interrogatorio en Utoya, Breivik de nuevo se presentó como el comandante de los Caballeros Templarios de Noruega, una organización que, según afirma, contaba con 15 a 80 «Caballeros» en Europa en 2008, y que él tenía un puesto central en la rama noruega. Además, dijo a la policía que sus actos

de ese día eran «parte del plan B» y que «lo lamentable de lo que ocurrió fue que las personas de la isla eran traidores de clase C». En la opinión de la organización, había traidores de categoría A, B y C. Tenía «el derecho de matar a traidores de las categorías A y B, pero no el mandato para matar a traidores de la categoría C».

ANTECEDENTES

Breivik nació en Oslo en 1979. Sus padres tenían hijos de relaciones previas. Se casaron poco antes de su nacimiento y emigraron a otro lugar donde su padre trabajaba para los servicios extranjeros noruegos. Sus padres se divorciaron en 1980 y se crió con su madre y su hermanastra en Oslo, teniendo escaso contacto con su padre a no ser por las visitas durante los días festivos. Su madre pidió ayuda de los Servicios de Bienestar Infantil dos veces pues era un niño difícil y en 1983 Breivik fue examinado por los servicios psiquiátricos infantiles. Valoraron su situación de crianza como problemática y que estaba en peligro de presentar alteraciones psicopatológicas más graves y se recomendaban los cuidados tutelares. Sin embargo, los servicios de bienestar infantil se opusieron y tras un periodo breve de supervisión a domicilio cerraron el caso en 1984.

Breivik fue a las escuelas de su zona local afluente, donde formó parte de un grupo que más tarde lo describió como un poco tímido, pero sociable y leal. Durante la adolescencia le preocupaba su aspecto físico, hacía ejercicio con frecuencia, utilizaba esteroides anabólicos y se había sometido a una operación estética de la nariz a principios de su tercer decenio de vida. Aunque era inteligente, desertó de la secundaria antes de los exámenes finales. Comenzó varias empresas, incluida la venta de diplomas falsos a través de la Internet. Breivik se presentaba como un empresario exitoso en este periodo, afirmando que ganaba millones de dólares, en tanto que la policía estima que se le pagaron 4,5 millones de coronas noruegas (alrededor de 600.000 euros) por diplomas falsos y ventas en el mercado bursátil.

En 2006, se declaró en banca rota y se mudó al domicilio de su madre. Sus amigos refieren cambios en su conducta desde

esa fecha en adelante. Cada vez se apartaba más, utilizando la mayor parte de su tiempo en el juego en línea World of Warcraft, y reduciendo el contacto con sus amigos, quienes se preocupaban que pudiese estar sufriendo de adicción al juego.

En 2009, fundó una compañía granjera y en la primavera de 2011 rentó una granja en un área rural fuera de Oslo, lo que le permitió comprar grandes cantidades de fertilizantes sin atraer sospechas. Esta información de los antecedentes difiere de la descripción de Breivik en el documento que publicó en línea el 22 de julio de 2011, su llamado manifiesto. Hay un consenso general en que las principales partes de sus 1.500 páginas están recortadas de otras fuentes, en cierta medida de grupos extremistas y de comentaristas de blog de derecha, pero también Karl Marx, Tony Blair, Osama bin Laden y George W. Bush. Además de externar sus puntos de vista extremistas sobre las sociedades multiculturales, el Islam y el Marxismo, Breivik presenta aquí una versión editada de su propio desarrollo. Sin embargo, la información de otros arroja considerables dudas en torno a su exactitud. Así mismo, hay dudas importantes sobre la existencia de la organización Caballeros Templarios que Breivik repetidamente sostiene fue el iniciador de sus ataques. Otros grupos de derecha supuestamente involucrados negaron tener algún conocimiento de ello e investigaciones realizadas por las fuerzas noruegas y otras fuerzas políticas no identificaron indicios de que existiese siquiera tal organización.

VALORACIONES PSIQUIÁTRICAS DE BREIVIK

El Código Penal Noruego actual tiene una condena a prisión máxima de 21 años, sin adiciones por múltiples víctimas. En el caso de actos muy graves, el agresor puede ser condenado a una detención protectora adicional. Los agresores que resultan «no legalmente responsables» son sentenciados a tratamiento obligatorio. Es obligación del tribunal valorar si una persona acusada es legalmente responsable (1) y se asigna por lo general dos expertos en psiquiatría forense para llevar a cabo una valoración psiquiátrica. El grado en que el informe cumple los requisitos formales preliminares es valorado por la Junta Noruega de Medicina Forense, una parte de la autoridad de Asuntos Civiles de Noruega. El informe es presentado al tribunal, el que decide si seguirá el consejo de los expertos asignados. Hasta su presentación, el informe es confidencial según el Código de Procedimiento Penal y el descartar la confidencialidad es sancionable. Con base en una tradición legal que data desde el primer código de ley nacional unificado de Noruega emitido en 1274, el código refleja el punto de vista de que los agresores con trastornos mentales graves no son legalmente responsables de sus actos y no debieran ser castigados. La definición actual de locura legal, introducida en 1929 y revisada por última vez en 2002, afirma que una persona no es criminalmente responsable si es psicótica, inconsciente o con retraso mental grave en el momento del delito. El término «psicótico» aquí simplemente se define como un «estado que cumple los criterios de los manuales diagnósticos actuales». Por tanto, la ley noruega no sigue la regla más estricta de M'Naghten que utilizan muchos otros países. Esta regla sólo acepta la falta de responsabilidad legal en casos en los que la persona es percibida «por

enfermedad mental, como no consciente de la naturaleza y la calidad de los actos que realiza; o, si es consciente, que no se da cuenta de que lo que está haciendo es malo» (2).

El primer par de psiquiatras asignados por el tribunal tuvo 13 entrevistas con Breivik que abarcaron un total de 36 horas, además de audiencias u observación de todos los interrogatorios policíacos y entrevistas con su madre. Combinaron las charlas no estructuradas con las entrevistas diagnósticas estructuradas, incluida la Minientrevista Neuropsiquiátrica Internacional, la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I) y la Escala de Síndromes Positivos y Negativos (PANSS). La primera entrevista fue realizada el 10 de agosto, mientras Breivik todavía se encontraba en completo aislamiento. Al principio a los psiquiatras se les pidió que llevaran a cabo sus entrevistas a través de una partición de vidrio, por razones de seguridad, pero se rehusaron. Debido a las precauciones de seguridad dilatadas para ver frente a frente a Breivik, los dos psiquiatras estuvieron presentes durante las entrevistas, aun cuando se recomendasen entrevistas por separado.

El 29 de noviembre de 2011, los psiquiatras informaron al tribunal que Breivik estaba psicótico mientras planeó e implementó sus actos y durante la valoración. Como más tarde explicaron durante el juicio, esta conclusión se basó en el contenido central del sistema de pensamientos de Breivik. Les dijo en las entrevistas que había tenido «precedencia como líder ideológico de la organización Caballeros Templarios, con el mandato de ser una orden militar, una organización mártir, un tribunal militar, un juez, jurado y ejecutor». Pensaba que era un pionero en la guerra civil europea y comparó su situación con la del zar Nicolás de Rusia y la Reina Isabel de España. Consideraba que era probable (con cierto grado variable de probabilidad) que podría ser el nuevo regente de Noruega después de un golpe de estado. Dijo que decidía quién debía vivir y quién debía morir en Noruega. Esta responsabilidad la percibía como real, pero también como una carga pesada. Consideraba que una proporción considerable de la población noruega (varios centenares de miles) respaldaba sus actos. Si llegase a ser el nuevo regente, asumiría el nombre de Sigurd el Cruzado el Segundo (Sigurd el Cruzado fue un rey medieval noruego que recuperó partes de Portugal de la dominación musulmana). Sostuvo que había otorgado 5 millones de coronas noruegas para la lucha. Pensaba que se le otorgaría la responsabilidad de deportar a varios centenares de miles de musulmanes al África del Norte. Consideraba que había una limpieza étnica en curso en Noruega y temía por su vida. Pensaba que los sucesos de los que formaba parte podrían iniciar una Tercera Guerra Mundial nuclear. Estaba trabajando en soluciones para mejorar la reserva genética étnica noruega, extinguir las enfermedades y reducir la tasa de divorcios. Pensaba en reservas para indígenas noruegos, pruebas de ADN y fábricas para partos masivos de bebés. Consideraba que la casa de Glücksburg (la casa real noruega actual) debía eliminarse mediante una revolución en 2020. Como una alternativa a reclutar un nuevo regente del liderazgo de los Caballeros Templarios, se podían hacer pruebas de ADN de los restos del Rey Olav el Santo (El Rey Vikingo que introdujo el cristianismo en Noruega) y luego escoger uno con mejores semejanzas genéticas para que fuese el nuevo rey.

Los psiquiatras consideraron estos como delirios de grandezas con características extravagantes y paranoides que iban más allá de las nociones de conspiración en torno a un control de Europa asumido por los islamistas. Por consiguiente, no lo consideraron psicótico por confundir sus puntos de vista de derechas extremistas y racistas como delirantes, sino porque consideraban que tenía delirios de grandezas con respecto a su propio rol en este universo extremista. Aunque sus opiniones políticas lamentablemente son compartidas por otros, se mantuvo independiente en sus afirmaciones de un rol exaltado en la supuesta organización de los Caballeros Templarios, o incluso en las afirmaciones de la existencia de esta organización. Además, Breivik sostuvo que tenía capacidades personales excepcionales, por ejemplo saber lo que otras personas —incluso sus evaluadores— pensaban, sin explicarle completamente de qué manera.

Los dos psiquiatras percibieron este lenguaje como forzado y técnico, utilizando palabras comunes en nuevos contextos mezcladas con palabras inusuales, que dijo había inventado y que los psiquiatras percibieron como neologismos. Por lo demás no había signos de lenguaje o acciones burdamente desorganizadas. Por lo general mostraba un afecto restringido, pero a veces también inadecuado al hablar sobre sus asesinatos, a los que denominó «la ejecución de los traidores». Se animó al hablar sobre su tiroteo y acerca de su manifiesto. Los psiquiatras vieron esto como un ejemplo del embotamiento afectivo con incidentes de afecto incongruente. No había signos externos de depresión, manía, alucinaciones auditivas o ideas de referencia, fenómenos de influencia o ideas de inserción de pensamiento. Había tomado esteroides anabólicos en varios periodos hasta el 22 de julio, en combinación con altas dosis de efedrina, cafeína y ácido acetilsalicílico el día en que ocurrió la matanza. Las muestras de sangre obtenidas tras su arresto, mostraron estas sustancias en cantidades que muy probablemente podrían exacerbar, pero no directamente causar, síntomas mentales. Con base en la sintomatología de Breivik, sobre todo la presencia de delirios de grandezas extravagantes, los psiquiatras llegaron a la conclusión de que tenía esquizofrenia de tipo paranoide.

Sin embargo, tuvieron que esperar más de seis meses antes que pudiesen explicar la base de esta conclusión. Mientras tanto, la noción de que Breivik podría no ser legalmente responsable de sus actos produjo un debate público considerable (3). Un sector del público estaba enojado porque se sentía engañado con respecto al castigo y le preocupaba que se le pudiese liberar demasiado pronto. A muchos les resultaba difícil comprender el concepto de la falta de responsabilidad legal —¿Cómo podría ser «no culpable»? En breve, el informe fue filtrado por uno de los asesores de apoyo a las víctimas y el resumen estuvo accesible en Internet a través de los diarios noruegos, ocasionando una nueva oleada de debates. Aunque diversas personas en el campo de la psiquiatría vieron el informe como algo confidencial y se rehusaron a comentarlo antes del juicio, otros comenzaron a analizar y criticar extractos del informe. Se citó a los profesionales afirmando que un diagnóstico de esquizofrenia podía refutarse basándose en la falta de síntomas patognomónicos, en este caso específicamente la falta de delirios de primer orden de Schneider claros o alucinaciones auditivas. La falta de desorganización grave

de Breivik y sus capacidades de planificación satisfactorias también despertaron argumentos contrarios para un diagnóstico de esquizofrenia (4).

El debate fue favorecido por la cobertura intensa de los medios de comunicación y se pidió en varias ocasiones una nueva valoración por parte de los diarios importantes y políticos, incluido el Jefe del Comité Permanente de Justicia del Parlamento. No se apaciguaron las disputas tras la aprobación formal del informe por la Junta de Medicina Forense Noruega. Más bien, esto dio lugar a una oleada de teorías conspiratorias, desde las nociones sobre el «encubrimiento» colegial hasta los señalamientos directos de que las autoridades noruegas tenían un interés en mantener al público no informado sobre la presencia de extremistas de derechas en su país. Si bien el abogado defensor de Breivik al principio declaró que no le sorprendía la conclusión de la primera valoración, las protestas más obstinadas provinieron del propio Breivik. No quería una «defensa por locura» y no evadiría la responsabilidad ni evitaría el juicio. Todo lo contrario, los asesinatos masivos fueron realizados con la intención explícita de lograr un juicio muy difundido por los medios de comunicación. Por consiguiente, los preparativos para el juicio se convirtieron en un esfuerzo de su parte por ser declarado sano, señalando que preferiría la pena de muerte al tratamiento obligatorio (5).

En enero de 2013, el tribunal distrital de Oslo asignó a un segundo par de psiquiatras para una revaloración. Esta se llevó a cabo a finales de febrero hasta principios de marzo, es decir, seis meses después de la primera. Para entonces, Breivik había recibido desde septiembre consultas semanales con tratamiento psiquiátrico por el personal de la prisión. Ya no estaba aislado y tuvo acceso al primer informe psiquiátrico y a los detalles de los debates por los medios de comunicación en torno a su salud mental. La principal parte de la nueva valoración se basó en el mismo formato y los mismos instrumentos que la primera, con la excepción de que los psiquiatras se reunieron con Breivik por separado. Así mismo, se llevó a cabo una observación mientras estaba internado en la prisión por parte de personal psiquiátrico capacitado.

Al igual que en la primera valoración, ni el nuevo par de psiquiatras ni el personal de observación vieron algún signo de desorganización burda o señales externas de alucinaciones auditivas. También coincidieron con el primer par de psiquiatras en que estaban ante un hombre con autoengrandecimiento patológico. La principal diferencia era que esta vez Breivik moderó la importancia de los Caballeros Templarios, describiéndose a sí mismo como un «soldado de infantería» cumpliendo con su deber y señalando que antes había exagerado su propio rol. Los psiquiatras afirmaron que tenía «ideas de autovalía exagerada, poder y conocimiento que pueden ser reminiscentes de lo que se observa en el caso de trastornos delirantes». «No menos peculiares eran las ideas en torno a los Caballeros Templarios. Sin embargo, había racionalizado esto y había explicado que es una «idea deseada». Con respecto a los síntomas negativos, se enfocaron principalmente en su aislamiento social, interpretado como una consecuencia natural de planear un ataque terrorista. No se comentó en qué grado la evidente indiferencia de Breivik hacia sus víctimas y sus demostraciones de afecto a veces incomprensibles po-

drían ser un signo de alteraciones afectivas. Con base en esto, los psiquiatras llegaron a la conclusión de que los síntomas de Breivik se debían a un trastorno de la personalidad narcisista grave combinado con mitomanía (mentiras patológicas) (6) y que no estaba psicótico durante sus entrevistas ni en el momento en que cometió sus crímenes y por tanto se consideraba legalmente responsable.

En consecuencia, la principal diferencia entre las dos valoraciones es que nueve meses después de los ataques Breivik parecía más receptivo a explicaciones alternativas en torno a su propio rol, por lo cual parecían menos alteradas las pruebas de realidad con respecto a sus nociones de grandeza.

EL JUICIO Y EL VEREDICTO

El juicio tuvo lugar en el Tribunal del Distrito de Oslo entre el 16 de abril y 22 de junio de 2012. Muchas estaciones de televisión y diarios utilizaron «comentaristas expertos» que se enfocaban en el estado mental de Breivik durante todo el juicio, a veces tratando de distinguir un diagnóstico basándose en su aspecto en el tribunal. Además de los psiquiatras asignados por el tribunal, el equipo de la defensa de Breivik o los consejeros coordinadores para la testificación de las víctimas llamaron a otros psiquiatras y psicólogos. Estos fueron el psiquiatra de la prisión de Breivik y varios de los críticos más activos del primer informe de evaluación. El juicio terminó con la fiscalía recomendando que Breivik se debiera confinar a atención psiquiátrica y la defensa argumentando que Breivik debiera considerarse sano pero absuelto ya que sus acciones eran en defensa propia.

Se emitió el veredicto el 24 de agosto y, de una manera muy extraordinaria para un veredicto de tribunal de primer nivel, no fue apelado. El tribunal encontró responsable a Breivik y lo sentenció a 21 años de custodia preventiva con un tiempo mínimo de 10 años. El tribunal consideró como la base para su veredicto el segundo estudio psiquiátrico y las valoraciones de otros profesionales de la salud mental, incluidos testigos solicitados por Breivik. La sentencia comienza debatiendo los posibles diagnósticos de Breivik. Puesto que el diagnóstico de esquizofrenia en la primera valoración se basó en la presentación de delirios extravagantes, el debate se enfocó en este concepto. El tribunal aquí se apegó a la definición de la ICD-10 («delirios persistentes de otras clases que son culturalmente inadecuados y completamente imposibles, por ejemplo, el tener la capacidad de controlar el clima o de estar en comunicación con extraterrestres») y se refiere a la caracterización concreta de la extravagancia emitida por el segundo par de psiquiatras («delirios sobre fenómenos que quedan fuera del dominio de la ciencia natural»). Por consiguiente, llegaron a la conclusión de que las nociones de grandeza absurdas de Breivik eran no extravagantes y afirman que los expertos en ideologías de derechas debieron haberse consultado antes de determinar que sus percepciones de grandeza eran culturalmente no plausibles. El tribunal siguió con una serie de explicaciones alternativas de sentido común de las declaraciones y conductas de Breivik. Su afirmación de que sabía lo que otras personas pensaban podía también haberse basado en su experiencia como agente de ventas telefónico; su aislamiento y suspicacia podría ser

una consecuencia de sus planes terroristas; su singular elección de palabras podría explicarse como parte de una esfera cultural de juegos de guerra/ala derecha en línea. La resolución reconoce el embotamiento emocional de Breivik pero aduce sus descargas afectivas, como el llanto con respecto a su propio film de propaganda en el tribunal, se contraponen a una alteración afectiva, sin tomar en cuenta el conocimiento clínico de que el afecto embotado e inadecuado no son mutuamente exclusivos. Por tanto, llega a la conclusión de que Breivik no cumple los criterios de esquizofrenia (ICD-10), al parecer sin percatarse de que cumpliría de todas maneras los criterios del DSM-IV.

En el siguiente paso al debatir sobre el trastorno delirante, el tribunal se apega a la segunda valoración que afirma que la capacidad de Breivik para argumentar, presentar declaraciones matizadas y ser corregido, en combinación con la capacidad para mantener ocultos sus planes, descarta el trastorno delirante. La base de esto, según el punto de vista del tribunal, es que las personas con ideas de carácter psicótico tendrán una urgencia prominente de asegurar la injusticia percibida y no podrían conservar un buen control de los impulsos durante las entrevistas. También es improbable que una persona con un trastorno psiquiátrico pudiese disimular con el tiempo. El tribunal considera respaldada la noción de que Breivik no es psicótico conforme a los informes de su psiquiatra tratante y el consejero psiquiátrico del director de la prisión, quienes consideraban sus declaraciones como expresiones de un trastorno de la personalidad con las creencias de grandeza más peculiares como mecanismos de defensa primitivos. El tribunal resalta sobre todo la observación durante 24 horas por tres semanas por parte del personal hospitalario, participando Breivik en pequeñas charlas, preparando las comidas o jugando con rompecabezas. Sin embargo, los observadores nunca cuestionaron a Breivik sobre sus puntos de vista de grandeza o la existencia de la organización de los Caballeros Templarios, una tarea que consideraron parte de trabajo policial.

El tribunal no discute con detalle el principal diagnóstico de trastorno de personalidad narcisista establecido por el segundo par de psiquiatras. Sin embargo, sus comentarios sobre la falta de necesidad de evaluar también la duración general del DSM-IV y los criterios de gravedad indican que puede haber pasado por alto el punto de vista de que los trastornos de la personalidad no son diagnósticos transversales.

¿QUÉ PUEDEN APRENDER LOS PSIQUIATRAS DEL CASO BREIVIK?

El caso Breivik ha recibido considerable atención internacional (7,8) y varios aspectos tienen relevancia para los psiquiatras. El aspecto más desconcertante del veredicto es el descuido del rol de Breivik en conformar las impresiones de otros. Los informes de testigos obtenidos como apoyo de que Breivik no es psicótico son bastante desconcertantes, en sus descripciones repetidas de su diplomacia, su consideración, sus habilidades para jugar con rompecabezas y su empleo de la risa como una forma de «adaptarse». En conjunto con las explicaciones de sentido común de la conducta inusual de Breivik, el veredicto transmite una imagen que es muy difícil

de conciliar con las descripciones expuestas en la primera valoración. Por otra parte, la imagen es muy difícil de conciliar con la descripción de un asesino de jóvenes que se ríe, por parte de los sobrevivientes, independientemente de que sus motivos estén basados en delirios, ira narcisismo o maldad.

Los informes del tribunal claramente ilustran el singular efecto que Breivik parece haber tenido en todos sus evaluadores, incluidos los primeros, para generar la renuencia a explorar lo que está más allá de algunas de sus extrañas manifestaciones. Como ejemplo, cuando se le pregunta si alguna vez tuvo dudas con respecto a la salud mental de Breivik, uno de los testigos señaló que sí las tuvo una vez, cuando Breivik en una charla señaló que en el futuro los cerebros de las personas podrían vincularse directamente con una computadora y de esta manera superar la necesidad de escuelas costosas. En vez de pedir a Breivik la extrapolación, el testigo señaló que rápidamente se dijo a sí mismo «que esta no era una noción de un psicótico sino más bien una visión del futuro».

El caso de Breivik muestra la importancia del contexto en el cual se realizaron las valoraciones psiquiátricas. De hecho, el tribunal interpretó el desacuerdo diagnóstico, sobre todo por lo que respecta a la presentación de delirios extravagantes, como «interpretaciones diferentes de observaciones similares», ignorando la diferencia de tiempo entre las dos observaciones y las diferentes situaciones en que tuvieron lugar. También resalta que una fuente de confusión puede estar representada por algunas diferencias sutiles pero relevantes entre la ICD-10 y el DSM-IV, y el hecho de que la ICD-10 suele adoptarse como un sistema diagnóstico en tanto que la SCID, basada en el DSM-IV, a veces se utiliza para valoraciones diagnósticas. Por lo demás, subraya que los criterios diagnósticos no se debieran considerar como reglas infalibles, sino como definiciones pragmáticas cuyo sentido es captar los síntomas y síndromes centrales a una enfermedad, y que su uso precisa conocimiento en torno a la enfermedad en cuestión así como una comprensión de los fenómenos clínicos subyacentes (9).

Una enseñanza importante del caso Breivik es que la complejidad de las valoraciones forenses debieran ser motivo para que los profesionales sean cautelosos con respecto a cómo se expresan al adoptar una postura en público. En el caso actual, el desacuerdo diagnóstico fue noticia de primera plana. Este conflicto añadió impulso a las afirmaciones de los diarios en torno a la deficiencia psiquiátrica, activamente respaldada por personas o grupos que tienen puntos de vista generales antiexpertos o antipsiquiátricos específicos. Sin embargo, una encuesta indicó que el caso Breivik no ha modificado la perspectiva del público noruego sobre la psiquiatría forense, lo cual probablemente refleje su aceptación de las dificultades implícitas en las valoraciones forenses. La cuestión preponderante en las mentes de la mayoría de las personas no han sido los detalles diagnósticos, sino lo que «realmente significa el no ser responsable a consecuencia de un trastorno mental». Esta cuestión llega a la esencia de un dilema que ha ocupado a abogados, filósofos y psiquiatras por mucho tiempo, y para el cual no hay soluciones simples. La evaluación de lo que ocurrió en la mente de una persona mientras cometía un crimen, pese a las innovaciones técnicas, en última instancia seguirá dependiendo de valoraciones e interpretaciones personales.

Los psiquiatras que intervienen en casos destacados debieran esperar un interés del público y la presión por los medios de comunicación considerables. Todos los psiquiatras que participaron en el caso Breivik fueron objeto de seguimiento por los medios en un grado problemático, que fluctuaba desde las llamadas telefónicas las 24 horas hasta el contacto de los periodistas con sus familias o el escuchar en reuniones cerradas. Dado que algunos de los diarios noruegos más destacados y la compañía de televisión pública noruega se mostraron muy críticos en torno al contenido y la aceptación de la primera valoración, los considerados responsables estuvieron expuestos a duras críticas, como las afirmaciones de incompetencia, sesgo y paranoia. Sin embargo, pese a las afirmaciones realizadas por los medios, los psiquiatras noruegos no fueron unánimemente críticos del informe de la primera valoración. Basándose en el número de profesionales que se rehusaron a comentar sobre el informe de la evaluación antes del juicio, es evidente que muchos se sentían restringidos por cuestiones de confidencialidad. Así mismo, aunque los principales críticos no se involucraron activamente en el tratamiento o la investigación sobre los trastornos psicóticos, el principal apoyo para la primera valoración provino de profesionales que trabajaban con trastornos psiquiátricos, familiarizados con las dificultades para valorar a pacientes no cooperadores y la diversidad y fluctuaciones de los cuadros clínicos. Sobre todo los investigadores, conocedores del empleo de la ICD-10 y el DSM-IV, se sorprendieron bastante por el énfasis tan importante que se dio a las descripciones de la ICD-10 para los informes basándose por lo demás en la SCID como el principal instrumento diagnóstico.

Otra enseñanza importante del caso Breivik es que los psiquiatras, cuando participan en debates públicos en torno a los trastornos mentales, debieran recordar que estos debates tienen un considerable interés para las personas con el diagnóstico de estos trastornos. Uno de los aspectos más problemáticos del caso Breivik han sido las nociones en torno a la esquizofrenia transmitidas por los profesionales participantes. Por ejemplo, el afirmar que Breivik no puede ser un psicótico porque no tienen signos conductuales señala que los psiquiatras consideran que el tener esquizofrenia siempre será distinguible por la conducta de la persona. Aun más impresionante para las personas que tienen el trastorno y con un buen funcionamiento, y algunas que tienen trabajos complicados, son las aseveraciones repetidas por parte de los profesionales de que Breivik no puede padecer esquizofrenia pues muestra capacidades cognitivas satisfactorias.

La repercusión de los actos de Breivik en la sociedad noruega ha sido considerable. El campo era un lugar de reunión para la juventud de todo el país y todos conocían a alguien afectado por los sucesos. Por consiguiente, todos los noruegos se mostraron contentos de que no se apelara el caso y que se evitara a las víctimas otra ronda de desplegados del rostro de Breivik en todas las juntas de boletín, dándole aún más la publicidad que ansiaba. Sin embargo, el caso seguramente ira seguido de una revaloración de partes del Código Penal de Noruega y podríamos esperar que los que intervengan recuerden que «los grandes casos como los casos difíciles hacen malas leyes».

Bibliografía

1. Grondahl P. Scandinavian forensic psychiatric practices — an overview and evaluation. *Nordic J Psychiatry* 2005;59:92-102.
2. Syse A. Punishment, treatment and fair retribution. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2012;132:841-3.
3. BBC News Europe. Anders Behring Breivik trial: day by day. www.bbc.co.uk.
4. Spiegel Online International. Experts disagree on psychological state of Norwegian killer. www.spiegel.de.
5. BBC News World. Norway massacre: Breivik declared insane. www.bbc.co.uk.
6. Newmark N, Adityanjee KJ. Pseudologia fantastica and factitious disorder: review of the literature and a case report. *Compr Psychiatry* 1999;40:89-95.
7. Wessely S. Anders Breivik, the public, and psychiatry. *Lancet* 2012;379:1563-4.
8. Lockey DJ. The shootings in Oslo and Utoya island July 22, 2011: lessons for the International EMS community. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2012;20:4.
9. Nordgaard J, Revsbech R, Sæbye D et al. Assessing the diagnostic validity of a structured psychiatric interview in a first-admission hospital sample. *World Psychiatry* 2012;11:181-5.

El caso Breivik y «condición psiquiátrica»

JOSEF PARNAS

Psychiatric Center Hvidovre and Center for Subjectivity Research, University of Copenhagen, Denmark

En Dinamarca, un país Escandinavo lingüísticamente cercano a Noruega, el caso Breivik (CB) suscitó un debate diagnóstico similar basado en los medios de comunicación, en el que intervinieron lego, psiquiatras y otros profesionales. El CB merece un comentario especial, no relacionado con los aspectos judiciales y forenses específicos, sino con respecto al estado actual y los problemas de diagnóstico y la profesión psiquiátrica que la descripción de este caso (1) tan enfáticamente destaca.

Hace más de 30 años, la psiquiatría, al tratar de equiparar la medicina somática en sus aspiraciones científicas, fue objeto de una «revolución operacional», introduciéndose los diagnósticos basados en criterios y definiciones «operacionales» de tales criterios. El CB muestra, de manera muy dramática, que tales criterios de hecho no son operacionales en el sentido original de que especifican *reglas de acción* (2) destinadas a vincular los conceptos psiquiátricos con sus contrapartes en la realidad (operaciones, como en: X es más duro que Y porque X puede producir un rasguño en Y, pero no viceversa). Ninguno de los aspectos divisivos en el CB fue objeto de desambiguación a través de un apego a las reglas de acción operacional. Los criterios «operacionales» realmente sólo constituyen descripciones simples de síntomas y signos en lenguaje del lego. Así mismo, el proyecto operacional fue a costa de un precio. Radicalmente abrevió, simplificó y comprimió el conocimiento clínico entonces existente en manuales diagnósticos accesibles al público general, pues estaban escritos en un lenguaje accesible y desprovisto de reflexión teórica y psicopatológica. Estos manuales por mucho tiempo han sido la principal fuente de conocimiento clínico para los psiquiatras en etapa de formación (3) y se asume erróneamente (4,5) que una entrevista estructurada, el hacer preguntas formuladas de antemano en una secuencia fija, representa un mé-

todo adecuado para obtener información psicodiagnóstica, incluso en situaciones sensibles, en las que cabe esperar que el paciente disimule (1). Esta «muerte» de la psicopatología (3) ha creado una hipodensidad intelectual que confunde los límites profesionales de la psiquiatría y de esta manera acepta cualquier opinión como una voz *a priori* digna de atención, igual y legítima. Lamentablemente, la revolución operacional no ha logrado satisfacer su promesa motivadora de una irrupción hacia el conocimiento etiológico susceptible de acciones. En la actualidad en general se reconoce una «brecha de desconexión» entre los avances impresionantes entre genética y neurociencias y «su casi imposibilidad completa» para dilucidar las causas y guiar el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos psiquiátricos (6,7).

Como lo ilustra el CB, la psiquiatría seguirá dependiendo crucialmente de las diferencias en el dominio fenomenológico, esto es, dominios de experiencia, expresión, conducta, racionalidad, etcétera. Sin embargo, al mismo tiempo, el CB revela problemas importantes ahí. El debate de la posible psicosis y delirios de Breivik aparentemente ha girado en torno a aspectos al parecer mutuamente independientes (p. ej., si sus puntos de vista son realmente compartidos; cómo considerar su afecto y aislamiento; cómo ver sus expresiones lingüísticas singulares; si la vigilancia de la conducta es un sustitutivo adecuado del conocimiento de su mundo interno, etc.). Parece olvidarse que la falsedad del contenido de un pensamiento no es una característica definitiva de delirio. Jaspers hizo hincapié en que su triada de falsedad, convicción e incorregibilidad (importada hacia los criterios diagnósticos actuales) no era *definitoria sino sólo indicativa* de delirio (8). El delirio por lo general conlleva alteraciones del marco de referencia subjetivo del paciente con sus perspectivas interconectoras acerca de sí mismo, el mundo y los demás (8,9). Por consiguiente, el delirio suele identificarse en un contexto temporal, circunstancial y experiencial más amplio. La información colateral se alimenta de ese contexto, el cual también comprende tomar en

cuenta «un doble sistema contable», la capacidad para disimular y la irracionalidad de la transición entre la creencia y la acción.

El debate en entorno al CB revela una tensión epistemológica implícita en la mera concepción del diagnóstico psiquiátrico, una tendencia al parecer sólo vagamente percibida por las partes debatibles y raras veces explícitamente abordada en la bibliografía. Es una tensión entre un método operacional, representativo de «contar síntomas», sin una jerarquía de guía y un principio de inteligibilidad (10) y una perspectiva más prototípica, que articula una Gestalt psicopatológica, surgiendo de las interacciones entre el todo y sus aspectos recíprocamente implicativos (11,12). El CB también ilustra una actitud humana interpersonal general, que a menudo interfiere en las tareas clínicas, el llamado «principio de caridad» (13). Esta es una tendencia compensadora subconsciente y automática a hacer que el interlocutor tenga aspecto más racional que lo que realmente es, por ejemplo, suavizando las irregularidades de su razonamiento, llenando las lagunas de su lógica y normalizando las instancias de su irracionalidad flagrante.

Vale la pena de recordar que el debate de tipo CB no es único de nuestra época. Foucault dedicó un seminario a un debate diagnóstico público muy similar en 1835 (14). Tenía que ver con la locura sospechada de Pierre Rivière, un campesino instruido, quien asesinó a su madre, hermana y hermano y pudo presentar en su defensa una descripción de su vida y motivaciones en un documento de 100 páginas.

La psiquiatría era y seguirá siendo un objeto de gran atención de la sociedad y de presiones extra-científicas. Sólo las normas psicopatológicas rigurosas pueden empoderar a la psiquiatría para que cumpla sus obligaciones clínicas y resista a las presiones externas o las modifique.

Bibliografía

1. Melle I. The Breivik case and what psychiatrists can learn from it. *World Psychiatry* 2013;12:16-21.

2. Hempel CG. Explanation and other essays in the philosophy of science. New York: Free Press, 1965.
3. Andreasen N. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophr Bull* 2007;33:108-12.
4. Nordgaard J, Revsbech R, Sæbye D et al. Assessing the diagnostic validity of a structured psychiatric interview in a first-admission hospital sample. *World Psychiatry* 2012;11:181-5.
5. Nordgaard J, Sass LA, Parnas J. The psychiatric interview: validity, structure and subjectivity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (in press).
6. Frances AJ, Widiger T. The psychiatric diagnosis: lessons from DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *Annu Rev Clin Psychol* 2012; 8:109-30.
7. Hyman SE. Psychiatric drug discovery: revolution stalled. *Sci Transl Med* 2012;155:1-5.
8. Jaspers K. *General psychopathology*. London: John Hopkins University Press, 1963.
9. Spitzer M. On defining delusions. *Compr Psychiatry* 1990;31:377-97.
10. McHugh PR. Rendering mental disorders intelligible: addressing psychiatry's urgent challenge. In: Kendler K, Parnas J (eds). *Philosophical issues in psychiatry II: nosology*. Oxford: Oxford University Press, 2012:42-53.
11. Parnas J. The core Gestalt of schizophrenia. *World Psychiatry* 2012;11:67-9.
12. Parnas J, Sass LA, Zahavi D. Rediscovering psychopathology: the epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophr Bull* (in press).
13. Davidson D. *Inquiries into truth and interpretation*. Oxford: Clarendon Press, 1974.
14. Foucault M. *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma soeur et mon frère. Un cas de parricide au XIX siècle*. Paris: Gallimard, 1973.

¿Debieran los trastornos mentales considerarse como trastornos del cerebro? Ciencias de la salud mental en el siglo XXI y repercusiones en la investigación y la capacitación

DEREK BOLTON

Institute of Psychiatry and Centre for the Humanities and Health, King's College London, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK

Dos estudios recientes enfocan nuestra atención en los avances de las ciencias de la salud mental y sus repercusiones en la investigación, el de Insel et al (1), y en la profesión psiquiátrica, el de White et al (2), respectivamente. Los dos estudios resaltan el problema de la clasificación y ambos proponen considerar los trastornos mentales como trastornos del cerebro. Aunque esta propuesta no es nueva (3,4), lo que es notable es que estas dos formulaciones recientes son simplemente no reduccionistas. Con ello, lo que quiero decir es que no presuponen que las disfunciones neurales sean las únicas causas de los trastornos mentales, sino más bien reconocen los avances en las ciencias de la salud mental y muestran que las causas o los riesgos de los trastornos mentales pueden operar en muchos niveles, como el genético y el neural, el individual, el del ambiente familiar y el contexto social. Es crucial que este punto de vista de la perspectiva multifactorial o multinivel de las causas (o riesgos) reconozca y pretenda dar cabida al hecho de que las intervenciones en estos diversos niveles pueden afectar al inicio y la evolución, desempeñar papeles en la prevención primaria y el manejo y el tratamiento subsiguiente. Este es un aspecto de los avances en las ciencias de la salud mental que se analiza en los dos artículos; otro, y que se resalta en los dos artículos, son los avances recientes masivos en los campos de la genética y las neurociencias.

Hay una especie de tensión entre estos dos aspectos de las nuevas ciencias de la salud mental. Por una parte, la importancia de la genética y las neurociencias pueden señalar que las vías causales importantes corresponden al ámbito del organismo, el cerebro en concreto, tirando hacia el reduccionismo, una interpretación plausible de la propuesta de que los trastornos mentales son trastornos del cerebro. Por otra parte, si las vías causales realmente no abarcan todo el sistema biopsicosocial, dentro y fuera del organismo, entonces el cerebro es parte del sistema implícito, de manera que también puede ser la vida mental del paciente y sus circunstancias vitales —un punto de vista no reduccionista, no bien expresado por la propuesta de que los trastornos mentales son trastornos del cerebro—.

Una forma de analizar esta tensión evidente es tomando en cuenta el «modelo biopsicosocial» en el contexto de las nuevas ciencias. Este modelo recientemente ha sido objeto de críticas por Ghaemi (5) en su versión original debida a Engel, en la cual «los tres niveles, biológico, psicológico y social, se deben tomar en cuenta en toda tarea relativa a la atención a la salud» (6), una propuesta que Ghaemi (5) entiende que significa que los tres niveles «son todos, en mayor o menor grado de igualdad, relevantes, en todos los casos, en todo momento». Ghaemi rechaza el modelo biopsicosocial en este sentido y también

rechaza su reduccionismo biológico opuesto tradicional, proponiendo explorar otras opciones entre estos dos extremos. En la breve caracterización de los nuevos avances en las ciencias de la salud mental antes señalada, la intención fue señalar que las vías causales y por tanto las intervenciones pueden repercutir en los tres «niveles» —el biológico, el psicológico y el social— pero esto no significaba que los tres niveles siempre tuviesen una relación causal, no digamos siempre afectados en forma similar».

El modelo de criterios de dominios de investigación (RDoC) propuesto por Insel et al (1) tiene una matriz en la cual las columnas señalan contexto genético, molecular, celular, circuito neural, individual, entorno familiar y social; en las filas, hay trastornos que pueden ser diagnósticos o transdiagnósticos. Los autores dicen (1, p. 749): «Es importante que todos estos niveles en las columnas se vean como dominios que afectan las características biológicas y psicológicas de las enfermedades mentales. Con el enfoque RDoC, las variables independientes para la clasificación podrían especificarse a partir de cualquiera de estos niveles de análisis y las variables dependientes seleccionarse de una o más de otras columnas». Sin embargo, aquí no se implica que todos estos niveles de análisis siempre tendrán una relación causal, aun menos una relevancia causal igual —independientemente de cuáles trastornos se incluyan en las filas—. Dependiendo del trastorno, el riesgo genético puede ser más o menos importante, por ejemplo, como puede ser el potencial de que el tratamiento psicológico haga alguna diferencia sustentable para el problema primario, o el papel causal de los factores sociales y el potencial de intervención eficaz en este dominio. Como un ejemplo de un extremo: algunos trastornos que podrían aparecer en las filas del modelo RDoC no tendrán marcas en ninguna casilla que indique procesos causales a niveles diferentes a los de, por ejemplo, el genético o el neural, como la enfermedad de Huntington o la contusión, es decir, ningún factor psicológico o social contribuye con alguna diferencia (aunque pueden hacerlo si la fila fuese objeto de «ajustes»). Es decir, el reduccionismo podría ser correcto en algunos casos y en algunos ya se sabe que es correcto; en otros casos, lo psicosocial podría ser más importante, explicando más de la varianza en la frecuencia o los desenlaces, que, por ejemplo, los factores genéticos. En suma, las nuevas ciencias para las cuales el modelo RDoC representa un marco de referencia hacen distinciones entre los trastornos en estos aspectos.

Un aspecto relacionado de la perspectiva de la causalidad en las nuevas ciencias es que hacen hincapié en la interacción entre la biología interna, el ambiente y las diferencias indivi-

duales. La interacción causal ocurre en el desarrollo normativo y en el desarrollo y la evolución de los trastornos de la salud, en los trastornos psiquiátricos y en algunos trastornos médicos generales como las enfermedades cardiovasculares. Cabe esperar que las nuevas ciencias de la genética y de las interacciones genoambientales en el curso de la vida aumenten este énfasis en las interacciones y precisen que se dirija la atención a la investigación no sólo a los genes y al cerebro, sino también a las repercusiones ambientales y su momento de interacción con los procesos internos. En este contexto, los esfuerzos de investigación deben abarcar el contexto biológico, psicológico/conductual y ambiental/social, y sus interacciones —no limitados a una «ciencia cerebral» que estudie lo que está dentro del cráneo.

La cuestión de la importancia de los factores biológicos en los trastornos mentales y sobre todo la proposición de que los trastornos mentales se debieran considerar y clasificarse como trastornos del cerebro suele ir aunada a las dificultades que afronta la profesión psiquiátrica (p. ej., 2,4). En muchos artículos recientes dentro de la psiquiatría se ha hecho referencia a las dificultades que afronta la especialidad, las que comprenden el esclarecimiento de la tarea distintiva de la psiquiatría médica en la atención a la salud mental interprofesional y mejorar las tasas demasiado bajas de incorporación de médicos en la especialidad de la psiquiatría (2,4,7-10). Las nuevas ciencias, según se señalo antes, por lo general reafirman la posición de la psiquiatría como una especialidad médica al borrar las diferencias entre los trastornos de la salud mental y la salud física: las mismas clases de vías multifactoriales pueden estar operando en ambos. No obstante si bien esto es correcto, se suele presuponer que los trastornos de la salud mental afectan a gran parte de lo psicosocial, según se refleja por ejemplo, en muchas de las «respuestas rápidas» en el BMJ (véase www.bmj.com) tras la publicación del análisis de White et al (2). El modelo RDoC (1) representa en efecto una forma en la cual se podrían comparar los trastornos médicos y psiquiátricos y permítaseme el siguiente señalamiento: si se colocan 10 trastornos de la salud física característicos en las primeras 10 filas del modelo y 10 trastornos de la salud mental característicos en las siguientes 10 filas, y se llenan las celdillas en cada columna con los procesos que se sabe son causales y susceptibles de intervención eficaz en el trastorno (después del inicio), entonces la densidad de la matriz resultante sería mayor en los cuadrantes izquierdo superior y derecho inferior. Una vez que tienen un inicio, los trastornos de la salud física son más susceptibles de procedimientos de medicina interna y no tanto psicosociales; a la inversa, los trastornos de la salud mental son más susceptibles de intervenciones psicosociales. Mi única excusa para tal aseveración sin un análisis a fondo del libro es que por lo menos representa un prejuicio común. En todo caso, probablemente se vería diferente de nuevo —los patrones de densidad se modificarían— si las filas tuviesen «prevención primaria de»; y se modificarían una vez más si las filas tuviesen «actitud de la persona hacia su enfermedad» o «actitud hacia el riesgo» o «ajuste/calidad de vida en», es decir, factores relevantes a la atención a la salud aceptable.

En la medida en que la psiquiatría tiene conocimientos específicos en el manejo de los factores psicosociales así como de

los factores biológicos internos, es un poco diferente del resto de la medicina en concreto, a diferencia de gran parte de la medicina interna, y esto probablemente es uno de los problemas para definir el rol distintivo de la psiquiatría médica entre las otras profesiones psicosociales —psicología clínica y trabajo social— y para el alistamiento de médicos para el estudio de la especialidad. Sin embargo —y esto es el principal argumento que deseo plantear en esta conexión— estas divisiones profesionales y las tradiciones educativas que abarcan no tienen mucho sentido desde el punto de vista de las nuevas ciencias de la salud mental. Estas nuevas ciencias no trabajan con batallas ideológicas entre los universos biológico, psicológico y social, los universos paralelos antiguos con escasa comunicación entre ellos, más bien trabajan con todos estos factores y la diversidad de la interacción entre ellos.

Hay serias dudas con respecto a si los límites profesionales actuales y las capacitaciones son aptos para fines de dar cabida, asimilar y aplicar los vastos campos y sutilezas de estas nuevas ciencias. Sin embargo, esto es lo que necesitamos, según mi recomendación, alinear los servicios de la salud mental futuros con las ciencias. Lo que se espera —y planteo esta cuestión como un psicólogo clínico, no como psiquiatra— no es tanto restablecer la psiquiatría como una especialidad médica, repasando una vez más la problemática de 100 años de antigüedad, sino la construcción de un nuevo programa que abarque genética, neurociencias, psicología y factores sociales determinantes de la salud, para una nueva profesión de terapeutas en salud mental para el siglo XXI. Esto podría proporcionar mejor atención a los pacientes, en relación con los costos, y también podría resolver el problema del alistamiento.

Bibliografía

1. Insel T, Cuthbert B, Garvey M et al. Research Domain Criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry* 2010;167:748-51.
2. White PD, Rickards H, Zeman AZJ. Time to end the distinction between mental and neurological illnesses. *BMJ* 2012;344:e3454.
3. Bucknill JC. The diagnosis of insanity. *Br J Psychiatry* 1856;2:229-45.
4. Baker M, Menken M. Time to abandon the term mental illness. *BMJ* 2001;322:937.
5. Ghaemi N. The rise and fall of the biopsychosocial model. *Br J Psychiatry* 2009;195:3-4.
6. Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Ann N Y Acad Sci* 1978;310:169-87.
7. Craddock N, Antebi D, Attenburrow MJ et al. Wake-up call for British Psychiatry. *Br J Psychiatry* 2008;193:6-9.
8. Pichot P. The history of psychiatry as a medical profession. In: Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen N (eds). *New Oxford textbook of psychiatry*, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2009:17-27.
9. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry* 2010; 9:21-8.
10. Ghaemi N. Taking disease seriously: beyond “pragmatic” nosology. In: Kendler K, Parnas J (eds). *Philosophical issues in psychiatry. II: nosology*. Oxford: Oxford University Press, 2012:42-52.

La comprensión y el abordaje de la religión en personas con enfermedades mentales

KENNETH I. PARGAMENT^{1,2}, JAMES W. LOMAX³

¹Institute for Spirituality and Health at the Texas Medical Center, Houston, TX; ²Department of Psychology, Bowling Green State University, OH 43403-0228;

³Menninger Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Baylor College of Medicine, Houston, TX, USA

En este artículo se analizan los avances recientes en los dominios de la psiquiatría y la religión que resaltan el potencial dual de la religión de favorecer o dañar la salud y el bienestar, sobre todo en pacientes psiquiátricos. Una serie extensa de investigaciones pone en tela de juicio los puntos de vista estereotipados de la religión según los cuales es una forma de defensa o pasiva de hacer frente a la adversidad e indica que muchas personas ven la religión como un recurso vital que cumple diversas funciones adaptativas, tales como autorregulación, apego, confortación emocional, propósito y espiritualidad. Sin embargo, la vida religiosa tiene un lado más oscuro. Los investigadores y teóricos han identificado y han comenzado a estudiar aspectos problemáticos de la religiosidad, tales como la violencia basada en la religión y los conflictos religiosos de cada persona consigo misma, con otras y con lo divino. Los problemas religiosos pueden comprenderse como un derivado de las enfermedades psiquiátricas (secundarias), una fuente de enfermedades psiquiátricas (primarias) o ambos (complejas). Esta serie creciente de conocimientos subraya la necesidad de atender de manera más integral los roles potencialmente constructivos y destructivos de la religión en el diagnóstico, la valoración y el tratamiento psiquiátricos. De hecho, los primeros estudios evaluativos de la repercusión de los tratamientos espiritualmente integrados en una gama de poblaciones psiquiátricas han demostrado resultados promisorios. En el artículo se concluye con una serie de recomendaciones para el avance de la investigación futura y el ejercicio clínico y se señala la necesidad de realizar estudios psiquiátricos adicionales en personas de diversas culturas y tradiciones religiosas.

Palabras clave: religión, espiritualidad, recursos religiosos, adaptación religiosa, conflictos religiosos, violencia basada en la religión, valoración religiosa, tratamiento espiritualmente integrado.

(*World Psychiatry* 2013;12:26–32)

En los últimos 20 años se ha presenciado un aumento agudo del interés científico por las relaciones entre la religión y el funcionamiento psicológico (1). En contraste con los estereotipos comunes en torno a la religión y la salud mental, una serie importante de teorías e investigaciones indica que la religión es una fuente de fortaleza y resistencia a la adversidad para muchas personas, incluso para quienes padecen trastornos psiquiátricos graves (2). Sin embargo, sigue siendo verdad que la religión puede ser problemática para algunos pacientes.

En este artículo se comienza poniendo en contexto histórico el estado actual del campo, señalando la historia de las relaciones conflictivas que ha caracterizado a la psiquiatría y la religión. Luego, revisamos los avances recientes en el dominio de la psiquiatría y la religión que resaltan la capacidad dual de la religión de intensificar o dañar la salud y el bienestar, sobre todo en pacientes psiquiátricos. Se concluye el artículo considerando las implicaciones de esta literatura en la valoración y el tratamiento en psiquiatría.

UNA HISTORIA CONFLICTIVA ENTRE LA PSIQUIATRÍA Y LA RELIGIÓN

Hay una larga historia de suspicacia y en ocasiones antagonismo entre la psi-

quiatria y la religión. Freud señaló que la religión representa una «defensa contra la desesperanza pueril» y llegó a la conclusión de que «seguramente tal infantilismo está destinado a superarse» (3). Las actitudes religiosas negativas de esta clase en la psiquiatría y en otras disciplinas de la salud mental eran comunes durante gran parte del siglo XX. La religión a menudo era estereotipada como algo de carácter defensivo o regresivo, que fomenta un refugio pasivo ante los problemas, la negación directa del dolor y el sufrimiento o de la sintomatología florida. Por ejemplo, el DSM-III contenía un número desproporcionado de ejemplos de expresiones religiosas de trastornos psicopatológicos mayores, como las alucinaciones y los delirios religiosos (4). A menudo simplemente se ignoraban los aspectos religiosos, a juzgar por las citas infrecuentes sobre religión en los libros de texto y revistas de psiquiatría importantes (5). Algunos grupos religiosos correspondieron con actitudes negativas hacia la psiquiatría y desalentaban o prohibían a sus adeptos a buscar tratamiento psiquiátrico (6).

Las tensiones entre la psiquiatría y la religión están enraizadas en diversos factores. Estos comprenden: las percepciones de que las perspectivas del mundo fundadas en la ciencia y la fe son

fundamentalmente irreconciliables (7), los grados considerablemente menores de religiosidad en psiquiatras que en la población general (8), lo que conduce a los psiquiatras a subestimar la prominencia de la religión para los pacientes, y una falta de formación y capacitación psiquiátrica para ayudar a los médicos a comprender y abordar los recursos y problemas religiosos de los pacientes (9).

Este panorama comenzó a cambiar en años recientes, reflejando el crecimiento de la teoría y la investigación en religión, funcionamiento psicológico y trastornos psiquiátricos así como un reconocimiento de la necesidad de un enfoque culturalmente sensible en la atención psiquiátrica.

El campo ahora se está desplazando hacia una comprensión más matizada de la religión, una que es consciente de su capacidad dual de respaldar y fortalecer a las personas que afrontan enfermedades mentales graves o que exacerba su dolor y sufrimiento.

LA RELIGIÓN COMO RECURSO

Estudios empíricos muestran que la religión es uno de los primeros recursos de las personas y sus seres queridos cuando afrontan enfermedades graves (2). Por ejemplo, según un estudio de pacientes ambulatorios con enfermedades

mentales graves en Los Angeles, más del 80% comunicó que utilizaba la religión para hacer frente a su enfermedad y un 65% indicó que la religión ayudó a reducir la gravedad de sus síntomas (10). Se han comunicado hallazgos similares en otros países. En un estudio en que se comparó a pacientes europeos con psicosis y un grupo de control no psiquiátrico, los enfermos psiquiátricos comunicaron un mayor número de creencias y prácticas religiosas que ofrecían confortación durante periodos de estrés (11). En otro estudio de familias de la India que cuidaban a pacientes con esquizofrenia en un hospital público de ese país, un 90% comunicó adaptarse orando a Dios y un 50% informó que la religión era una fuente de consuelo, fuerza y guía (12).

Diversos estudios empíricos también ponen en tela de juicio las perspectivas demasiado simplistas de la religión como una forma pasiva de hacer frente a los problemas o una fuente de negación (2). Por ejemplo, los mayores grados de religiosidad se han relacionado con sentimientos más fuertes de empoderamiento y autoeficacia en pacientes con enfermedades mentales graves (13), y tentativas más activas para resolver problemas en las mujeres con cáncer de ovario (14). En contraste con el punto de vista de que la religiosidad favorece la evasión y la negación, los estudios han identificado una relación entre una mayor participación en actividades religiosas de las mujeres y un periodo más breve para programar una consulta a un médico después de notar síntomas de cáncer de mama (15) y menos confianza en la supresión y negación de pensamientos como formas de hacer frente a los problemas en mujeres estadounidenses de origen africano con seropositividad para VIH (16). Un interesante estudio demostró que si bien los grados más altos de religiosidad no se relacionaban con informes de presentación de dolor en pacientes con cáncer, la religiosidad se relacionaba con informes de grados menores de dolor (7). Estos hallazgos parecen indicar que la religión puede intervenir en la reinterpretación más que en la negación del dolor.

La teoría y la investigación también han demostrado que la religión cumple diversas funciones adaptativas para las personas, incluidas aquellas con enfermedades mentales graves. Un análisis del contenido de entrevistas semiestruc-

turadas en pacientes suizos con enfermedades mentales graves reveló varias funciones de la religión, a saber: propósito, confortación, autorrespeto, autoconfianza, compasión, esperanza, amor y aceptación (18). Aunque los teóricos han debatido en torno a los fines más centrales de la religión, parte del poder de este fenómeno tal vez radique en su capacidad para satisfacer una serie diversa de necesidades humanas.

Autocontrol

Basándose en el punto de vista de Freud de que la religión ayuda a controlar los impulsos sexuales y agresivos indeseables, los teóricos más recientes han hecho hincapié en las ventajas evolutivas de los mecanismos basados en la religión que favorecen la regulación de los impulsos y deseos humanos (19). Compatible con esta teoría, una serie de estudios empíricos ha demostrado vínculos sólidos entre la religiosidad y una mayor restricción conductual con respecto al consumo de drogas, delitos y delincuencia, tendencias suicidas y promiscuidad sexual.

Las personas con enfermedades mentales graves pueden constatar que el autocontrol que proporciona la religión es muy valioso. En un estudio de pacientes suizos con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, la mayor utilización de la adaptación religiosa pronosticó menos síntomas negativos y mejor funcionamiento social y calidad de vida tres años más tarde (20).

Apego y conectividad

El sociólogo E. Durkheim sostenía que la religión muy importantemente tenía que ver con proporcionar a las personas una conectividad e identidad: «La idea de sociedad», dijo, «es el alma de la religión» (21). Su tesis ha sido respaldada por varios estudios que documentan que los individuos que más intervienen en expresiones religiosas públicas (p. ej., asistencia a cultos) refieren una red más extensa de relaciones sociales y más apoyo social (22). Sin embargo, es importante señalar que los individuos con enfermedades mentales graves a menudo se sienten alienados de sus instituciones religiosas o de otras personas en general como resultado de la estigmatización o de un antecedente de apegos inseguros

(23). La religión puede ofrecer alguna compensación a estos individuos a través de apegos más seguros a seres sagrados (p. ej., Dios, Jesús, poderes superiores) que son percibidos como más disponibles y más accesibles que sus contrapartes mortales (24).

Varios estudios han vinculado las percepciones del individuo de una relación segura con Dios a grados más bajos de angustia psicológica. Aquí son relevantes también los informes frecuentes de un apego persistente a un ser amado que ha fallecido. En un estudio de progenitores afligidos de pacientes pediátricos con cáncer, el 88% comunicó una conexión continuada con su niño finado (25). Una madre en luto dijo: «Hablo con él siempre. Lo mantengo al día de lo que sucede en la casa y con todos nosotros. Siento la conexión más fuerte en el cementerio. Me imagino su espíritu en los árboles detrás de su tumba. Cuando le comienzo a hablar el viento casi siempre mueve las hojas, lo cual me dice que él está allí» (25).

Confortación emocional

Freud y otros teóricos han sostenido que la religión funciona en gran parte aliviando las ansiedades de los individuos en un mundo de fuerzas poderosas que señalan la fragilidad y la finitud humana. Muchos estudios han respaldado esta perspectiva teórica (22). Por ejemplo, grados más altos de religiosidad se han relacionado con grados más bajos de depresión, sobre todo en personas que afrontan factores estresantes más graves (26), un luto menos complicado en familiares cuidadores de pacientes con demencia (27) y menos ansiedad y estrés percibido en pacientes con trastorno por pánico (28).

Las creencias en una vida después de la muerte parecen desempeñar un papel muy clave en reducir las ansiedades existenciales básicas. Estudios experimentales en el dominio de la teoría del control del terror han revelado que los recordatorios de la mortalidad personal aumentan las creencias en una vida después de la muerte y éstas reducen las ansiedades relacionadas con la muerte (29).

Sentido o propósito

Basándose en sus estudios de campo antropológicos extensos, C. Geertz llegó

a la conclusión de que la función más decisiva de la religión es la de dar un sentido o propósito a la vida (30). Señaló: «El esfuerzo no es negar lo innegable —que hay sucesos inexplicables, que la vida duele o que la lluvia cae sobre el justo— sino negar que hay sucesos inexplicables, que la vida es insostenible y que la justicia es un espejismo». Cuando a 2.000 personas se les encuestó en torno a por qué eran religiosas, la respuesta más frecuente fue «la religión le da sentido a la vida» (31).

En un estudio de cuidadores de hospicios se identificaron varias formas de replanteamiento religioso benevolente que dieron sentido a la experiencia, como las apreciaciones de que los cuidados ofrecen una oportunidad para el crecimiento espiritual o representan una parte del plan o la voluntad de Dios (32). Estas apreciaciones se asociaron a resultados más positivos y propósito en la vida. En un estudio longitudinal de progenitores que habían sufrido la muerte violenta de un niño, los que hicieron más uso de recursos religiosos pudieron encontrar más sentido a la pérdida de su niño cinco años después (33). Otro grupo de investigadores que trabajó con pacientes flamencos que tenían dolor crónico informó que las oraciones se relacionaban con mayor tolerancia al dolor, no con la gravedad del dolor; la relación entre las oraciones y la tolerancia fue mediada por las revaloraciones positivas del dolor (34).

Espiritualidad

Para la persona de mentalidad religiosa, el propósito más importante de la religión es la espiritualidad en sí. Las tradiciones religiosas del mundo insisten en que la búsqueda de lo sagrado asume prioridad con respecto a cuestiones más temporales, aunque estos credos también ofrecen una forma de reconciliar lo espiritual con lo humano. El psicólogo y teólogo P. Johnson captó este sentimiento: «Es el último Tú al que la persona religiosa busca más que nada» (35). Desde esta perspectiva, las personas que luchan con enfermedades graves se ven motivadas para sostenerse espiritualmente así como desde los puntos de vista psicológico, social y físico (36). Estudios empíricos han demostrado que las personas por lo general tienen más éxito para mantener su fe en momentos difíciles.

Por ejemplo, en una investigación de individuos que habían sufrido múltiples traumatismos, el 73% comunicó no tener ningún cambio religioso después del segundo suceso (37).

LA RELIGIÓN COMO PROBLEMA

Una serie de teóricos ha intentado ir más allá de las perspectivas estereotipadas y globales de la religión para delimitar aspectos más específicos de la religión que pueden ser la causa de sus vínculos problemáticos con la patología personal y social. Por ejemplo, Allport (38) explicó con detalle varias características de un «sentimiento religioso inmaduro»: simplista e indiferenciado; fanático e impulsivo; carente de influencia sobre la conducta y los valores; intolerante e incompleto; e internamente conflictivo y fragmentado. Pruyser (39) dijo que el «lado sórdido» de la religión se caracteriza por un sacrificio del intelecto, las fantasías regresivas y la imposibilidad de tolerar la libertad así como formas de adaptación neuróticas. Según Pargament (40), una espiritualidad no saludable es «des-integrada»; está mal adaptada para hacer frente a una gama completa de exigencias vitales internas y externas pues carece de exhaustividad, profundidad, flexibilidad, dinamismo, equilibrio o coherencia.

Dos aspectos de la religiosidad problemática han recibido especial atención en los últimos años: los conflictos religiosos y la violencia basada en la religión.

Conflictos religiosos

Aunque las personas con enfermedades mentales importantes tienen más posibilidades de comunicar que la religión es un recurso más que una fuente de problemas, una minoría importante señala que su religión contribuye a su sentido de ira, culpa, sufrimiento y desesperación (26). En reconocimiento de que la religión puede ser angustiante, el DSM-IV-TR incluyó bajo el apartado «otros estados que pueden ser objeto de atención clínica» la categoría de problemas religiosos y espirituales, por ejemplo, la pérdida o el cuestionamiento de la fe, la emergencia espiritual y nuevos movimientos religiosos (41).

Varios investigadores han comenzado a analizar un concepto relacionado, las

luchas religiosas, definidas como interrogantes, tensiones y conflictos sobre aspectos espirituales en el fuero interno (intrapsíquicos), con otras personas (interpersonal) y con los poderes superiores o Dios (divino) (42). Por ejemplo, una mujer joven describió las disputas con lo divino en relación con su enfermedad bipolar: «estoy sufriendo, verdaderamente sufriendo», mi enfermedad me está derrumbando y estoy enojado con Dios por no rescatarme, es decir por no librarme realmente de mis ataduras mentales. He estado lidiando con estos problemas ya por más de 10 años y apenas tengo 24 años de edad. No comprendo por qué me sigue elevando, para luego dejarme caer de nuevo».

Es importante distinguir entre los conflictos religiosos que son el resultado final de la psicopatología y los que conducen a la psicopatología (43). Los conflictos religiosos secundarios son desencadenados por traumas importantes, incluido el diagnóstico de una enfermedad mental grave, que pueden sacudir o destruir los valores más fundamentales y el punto de vista que el individuo tiene del mundo. En este sentido, según una encuesta nacional entre personas estadounidenses, una amplia variedad de formas de psicopatología se relacionaron con grados más altos de conflictos religiosos (44). Los conflictos religiosos primarios desencadenan problemas psicológicos subsiguientes. Varios estudios longitudinales han vinculado los conflictos religiosos con mermas de la salud mental, la salud física e incluso el mayor riesgo de muerte (45). Por último, en los conflictos religiosos complejos, la forma problemática de la religiosidad es tanto causa como consecuencia de la psicopatología.

Violencia basada en la religión

Pese a su capacidad para fomentar la compasión, la humanidad y el entendimiento a través de la historia, la religión en ocasiones ha sido fuente de abuso, persecución, terrorismo y genocidio. Estos problemas continúan hoy día en todo el mundo, según se ilustra por el terrorismo de base religiosa, el abuso sexual por el clero y el genocidio apoyado en la religión. Para exponer uno entre los lamentablemente múltiples ejemplos, en 2001, un tribunal belga sentenció a dos monjas benedictinas, las hermanas G.

Mukangango y J Kisito, por participar en la masacre de más de 7.600 Tutsis en el convento de Sovu en Butare (46).

Ninguna explicación simple probablemente ofrece una comprensión completa de un proceso tan complejo como lo es la violencia religiosa. Si embargo, los teóricos han señalado varios factores psicológicos y sociales causantes: a) experiencias percibidas de vergüenza y humillación que pueden ser evocadas por sucesos actuales o históricos; b) una división del mundo en los campos de todo bueno y malvado-demoníaco, basado en la incapacidad para tolerar la ambivalencia y la ambigüedad; c) la sumisión a una institución demasiado idealizada, y a la vez humillante, basada en un temor al abandono; d) amenazas a ideales, ideologías o instituciones que evocan una ira narcisista; e) una insistencia en la perfección y purificación total; f) vínculos doctrinarios entre la violencia y la purificación; y g) represión sexual (47). Algunos teóricos han prestado especial atención al rol crítico de los directivos religiosos en fomentar la violencia. Por ejemplo, Olson (48) sostiene que los directivos de cultos destructivos manifiestan una forma maligna de trastorno de la personalidad narcisista en la cual, debido a su capacidad para manipular e infligir dolor y sufrimiento a otros, pueden calmar sus propios antecedentes de rechazo y abandono y brindar apoyo a su sentido inflado de sí mismos.

La investigación empírica en este campo críticamente importante es escasa. Sin embargo, algunos estudios han brindado apoyo a estas perspectivas teóricas. Por ejemplo, en una serie de estudios experimentales, la exposición a la violencia divinamente sancionada en las escrituras se vinculó a incrementos de la agresividad, sobre todo para los individuos más religiosos. Los autores (49) llegaron a la conclusión de que «en la medida en que los extremistas religiosos participaban en la lectura prolongada y selectiva de las escrituras, enfocándose en la represalia violenta para la gran cantidad de infieles en vez de en el mensaje global de aceptación y comprensión, se podría esperar ver un aumento de la brutalidad». Otros estudios han revelado que las personas que muestran una orientación religiosa extrínseca, una en la cual se utiliza la religión como una herramienta que sirve a extremos no religiosos por

contraposición a espirituales, tienen más posibilidades de mostrar prejuicios (50). Estos hallazgos también podrían aplicarse al problema del abuso sexual por el clero, en el cual los sacerdotes se ocultan tras el hábito religioso para tener acceso a poblaciones vulnerables y colmar sus propios fines destructivos. Así mismo, otras investigaciones han señalado que las personas que creen que son atacados sus valores sagrados están más dispuestas a tener reacciones agresivas y extremistas (51).

REPERCUSIONES EN EL EJERCICIO CLÍNICO PSIQUIÁTRICO

En los últimos años, la teoría y la investigación en psiquiatría y en los campos de la salud mental relacionados han puesto en tela de juicio los estereotipos negativos en torno a la religión y han conducido a una perspectiva más matizada que reconoce la capacidad dual de la religión para fomentar tanto problemas como soluciones, angustia y alivio, en personas con enfermedades mentales graves. Los signos del carácter semejante a Jano de la religión pueden incluso verse en el mismo individuo. En un estudio de pacientes en que se abordaron los delirios religiosos (52), muchos individuos comunicaron que su fe era tanto una ayuda como un obstáculo, según se ilustra en la siguiente cita de un paciente que experimentaba aura espiritual malévolas: las auras dicen «lo atraparemos» y «lo mataremos», y me hacen sentir dolor externo. Hablé con el sacerdote sobre las auras y me ayudó a encontrar el valor para luchar. Dios me ama y me reconforta. Con la ayuda de Dios, estoy ganándole la batalla a las auras».

Una perspectiva más diferenciada de la religión tiene repercusiones importantes en la valoración y el tratamiento.

Diagnóstico y valoración

Los avances recientes en este campo de estudio apuntan a la necesidad de atender más plenamente la dimensión religiosa en el proceso de valoración (40). La religión debe incluirse sistemáticamente en la lista de recursos potenciales a los que los pacientes pueden recurrir para lidiar con su enfermedad y otros factores vitales estresantes. Se ha de preguntar a los pacientes si tienen re-

ursos religiosos accesibles que les ayuden a hacer frente a sus problemas, así como se les pregunta sobre otros recursos, tales como su red familiar y social, pasatiempos y ejercicio. A la inversa, es importante analizar si la religión es problemática para el paciente. Una pregunta simple, como «¿han afectado sus problemas a su religiosidad o espiritualidad?», puede allanar el camino para una exploración de los conflictos religiosos u otros problemas religiosos.

En el proceso de valorar los problemas religiosos es importante tomar en cuenta si los problemas son secundarios a la sintomatología psiquiátrica, fuentes primarias de ansiedad psiquiátrica o complejos. Esta diferenciación básica tendrá repercusiones importantes en el tratamiento subsiguiente. En muchos casos, los problemas en el dominio espiritual como las alucinaciones y los delirios religiosos pueden comprenderse mejor como secundarios a una enfermedad psiquiátrica primaria; la religión en estos casos puede ser simplemente el idioma o el lenguaje a través del cual se expresa la enfermedad (53). El tratamiento de la enfermedad psiquiátrica en personas con problemas religiosos secundarios puede originar mejoras espirituales lo mismo que emocionales. Sin embargo, en otros casos en los cuales la religión es en sí una fuente primaria de tensión, un enfoque en la enfermedad psiquiátrica puede ser suficiente para producir un cambio significativo. Los tratamientos espiritualmente integrados que abordan la dimensión religiosa del problema pueden ser necesarios para facilitar el progreso.

Es importante añadir que el enfoque espiritualmente sensible al diagnóstico y la valoración exige una apreciación plena del contexto cultural del paciente. No se puede determinar si una creencia religiosa es delirante y problemática por lo general con base en el contenido de la creencia (54). Como lo señalaron Miller y Kelley (55), «en algunas poblaciones africanas, una persona se consideraría enferma mental por no creer que los espíritus de los muertos influyen activamente en la vida de un individuo». En algunos casos, es apropiado y necesario consultar a los miembros de la subcultura religiosa de un paciente para determinar si una serie de creencias religiosas son normativas en ese contexto específico. En términos más generales, el diagnóstico y la

valoración en psiquiatría deben incorporar una comprensión de las creencias, prácticas y valores que definen el mundo del paciente.

Tratamiento

La religión se dirige a cuestiones muy sensibles que yacen en el centro de la identidad, la dedicación, los valores y la visión del mundo del individuo. Esto es aplicable para las personas con enfermedades mentales importantes. Es improbable que los pacientes participen en una conversación sobre el aspecto más profundo de sí mismos si su psiquiatra no muestra apertura, interés y apreciación de la religiosidad del paciente. Los estudios de casos han ilustrado de qué manera los profesionales clínicos pueden proporcionar esta clase de atención sensible y espiritualmente afirmativa sin comentar sobre la realidad ontológica de la experiencia del paciente, algo que va más allá del conocimiento o la autoridad de los profesionales de la salud mental (56). En este sentido, los psiquiatras pueden abordar la religiosidad del paciente de la misma manera que otras dimensiones de la vida. Hablando sobre este punto, desde una perspectiva psicodinámica, Rizzuto (57) afirmó: «el analista le debe al paciente una experiencia analítica completa en la cual se explore su mundo religioso privado con la misma atención y exploración respetuosa que el resto de su vida psíquica. Varios profesionales clínicos han comunicado que el paciente recibe de buen agrado este tipo de enfoque espiritualmente sensible e integrado en el tratamiento (58,59).

Una de las cuestiones más importantes es si el abordaje espiritualmente integrado en el tratamiento es de hecho tan eficaz o incluso más eficaz que los métodos de atención tradicionales. Se han llevado a cabo varios estudios con respecto a esta cuestión y los resultados iniciales son promisorios. En una serie de estudios se ha analizado la eficacia de los tratamientos que alientan al paciente a basarse más plenamente en sus recursos religiosos. Los tratamientos espiritualmente integrados han demostrado mejores resultados que diversos tratamientos comparativos en una serie de grupos, entre ellos: pacientes musulmanes de Malasia con diagnóstico de trastorno por ansiedad generalizada, trastorno di-

námico y depresión mayor (69); pacientes deprimidos o con esquizofrenia en Australia (61); mujeres de la Iglesia de los Santos de los Últimos Días con diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria en un contexto de internación (82); judíos que tienen problemas de preocupación y ansiedad subclínicas (63); y los pacientes dependientes de opiáceos y resistentes a tratamiento en Estados Unidos (64). También se han comunicado datos alentadores en algunos estudios de evaluación sobre los efectos de los tratamientos espiritualmente integrados que abordan problemas religiosos en poblaciones de pacientes de Estados Unidos, incluidos veteranos militares que tienen problemas de síntomas de trastorno por estrés postraumático (65) y mujeres que han sufrido abuso sexual (66).

ORIENTACIONES PROMISORIAS

A pesar del conocimiento que se ha logrado en torno a la relación existente entre religión y enfermedades mentales importantes, las dudas siguen superando a las respuestas. Hay varios campos promisorios para investigación adicional en este dominio (67). En primer lugar, la mayor parte de las investigaciones del ejercicio clínico en este campo se han enfocado en culturas occidentales. Los hallazgos de este contexto específico se tienen que extender a otros grupos religiosos, países y culturas. En segundo lugar, se necesitan más estudios que puedan ayudar a los psiquiatras a identificar y distinguir entre recursos religiosos y problemas religiosos en los diversos grupos religiosos y culturas así como diagnósticos psiquiátricos. En tercer lugar, se necesita investigación longitudinal que ayude a desentrañar la interacción compleja entre religión y psicopatología; en concreto, las formas en que las enfermedades mentales pueden desencadenar problemas religiosos secundarios o dirigir a las personas a buscar consuelo y apoyo de su religión, y las formas en que los recursos religiosos y los problemas religiosos primarios pueden mitigar o exacerbar la trayectoria de la enfermedad. Los estudios de religiosidad definidos globalmente mediante algunos indicadores como la frecuencia de la oración o la afiliación religiosa deben dar camino a investigaciones más específicas de formas concretas de expresión religiosa

en personas que luchan con formas específicas de enfermedad mental. Por ejemplo, ¿Cuándo la conversión religiosa podría desempeñar un rol protector contra la enfermedad psicótica?; a la inversa, ¿cuándo podría fomentar problemas psicológicos importantes? ¿Tienen los delirios y las alucinaciones religiosas y no religiosas una serie de factores etiológicos y consecuencias diferentes? En cuarto lugar, se necesitan más estudios para dar respuesta a interrogantes clave en torno a la dimensión religiosa de la atención psiquiátrica. ¿Favorecen los tratamientos espiritualmente integrados los efectos del tratamiento psiquiátrico estándar? ¿Qué repercusión, si acaso, tiene la similitud o la discrepancia religiosa entre médico y paciente sobre el proceso terapéutico y el pronóstico? ¿Cuáles efectos tiene la medicación psiquiátrica sobre problemas, creencias, prácticas y experiencias religiosas de los pacientes? En quinto lugar, para que avance este campo es necesario desarrollar, poner a prueba e implementar modelos eficaces de capacitación psiquiátrica (68,69). Por último, aunque la teoría, la investigación y la práctica en el campo de la religión y la enfermedad mental grave todavía están en sus etapas iniciales, cada vez resulta más claro que la excelencia en la atención a la salud mental conllevará la creación de relaciones respetuosas y colaboradoras entre la psiquiatría y los líderes y miembros de las comunidades religiosas.

Bibliografía

1. Koenig HG, King D, Carson V. *Handbook of religion and health*, 2nd ed. New York: Oxford, 2012.
2. Pargament K. *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: Guilford, 1997.
3. Freud S. *The future of an illusion*. New York: Norton, 1927/1961.
4. Richardson JT. Religiosity as deviance: negative religious bias and misuse of the DSM-III. *Deviant Behav* 1993;1:1-21.
5. Weaver AJ, Samford JA, Larson DB et al. A systematic review of research on religion in four major psychiatric journals: 1991–1995. *J NervMent Dis* 1998;186:187-90.
6. Bobgan M, Bobgan D. *Psychoheresy: the psychological seduction of Christianity*. San Francisco: East Gate, 1987.
7. Barbour JG. *Myths, models and paradigms: a comparative study in science and religion*. New York: Harper & Row, 1974.

8. Shafraanske EP. Religious involvement and professional practices of psychiatrists and other mental health professionals. *Psychiatr Ann* 2000;30:1-8.
9. Larson D, Lu F, Swyers J. A model curriculum for psychiatry residence training programs: religion and spirituality in clinical practice. Rockville: National Institute for Healthcare Research, 1997.
10. Tepper L, Rogers SA, Coleman EM et al. The prevalence of religious coping among patients with persistent mental illness. *Psychiatr Serv* 2001;52:660-5.
11. Neeleman J, Lewis G. Religious identity and comfort beliefs in three groups of psychiatric patients and a group of medical controls. *Int J Soc Psychiatry* 1994;40:124-34.
12. Rammohan A, Rao K, Subbakrishna DK. Religious coping and psychological wellbeing in carers of relatives with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:356-62.
13. Yangarber-Hicks N. Religious coping styles and recovery from serious mental illness. *J Psychol Theol* 2004;32:305-17.
14. Canada AL, Parker PA, deMoor JS et al. Active coping mediates the association between religion/spirituality and quality of life in ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2006;101:102-7.
15. Friedman LC, Kalkidas M, Elledge R et al. Medical and psychosocial predictors of delay in seeking medical consultation for breast symptoms in women in a public sector setting. *J BehavMed* 2006;19:327-34.
16. Prado G, Feaster DJ, Schwartz SJ et al. Religious involvement, coping, social support, and psychological distress in HIV-seropositive African American mothers. *AIDS Behav* 2004;8:221-35.
17. Yates JW, Chalmer BJ, St. James P et al. Religion in patients with advanced cancer. *Med Ped Oncol* 1981;9:121-8.
18. Mohr S, Brandt PY, Borrás L et al. Toward an integration of religiousness and spirituality into the psychosocial dimension of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006;163:1952-9.
19. McCullough ME, Willoughby BLB. Religion, self-regulation, and self-control: associations, explanations, and implications. *Psychol Bull* 2009;135:69-93.
20. Mohr S, Perroud N, Gillieron C et al. Spirituality and religiousness as predictive factors of outcomes in schizophrenia and schizo-affective disorders. *Psychiatry* 2010;186:177-82.
21. Durkheim E. *The elementary forms of the religious life*. New York: Free Press, 1965.
22. Pargament KI, Cummings J. Anchored by faith: religion as a resilience factor. In: Reich J, Zautra AJ, Hall JS (eds). *Handbook of adult resilience*. New York: Guilford, 2010:193-212.
23. Huguelet P, Mohr S, Borrás L et al. Spirituality and religious practices among outpatients with schizophrenia and their clinicians. *Psychiatr Serv* 2006;57:366-72.
24. Granqvist P, Kirkpatrick LA. Religion, spirituality and attachment. In: Pargament KI, Exline JE, Jones J (eds). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality* (Vol. 1). Washington: APA Press, 2013:139-56.
25. Sormanti M, August J. Parental bereavement: spiritual connections with deceased children. *Am J Orthopsychiatry* 1997;6:460-9.
26. Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychol Bull* 2003;129:614-36.
27. Hebert RS, Dang Q, Schulz R. Religious beliefs and practices are associated with better mental health in family caregivers of patients with dementia: findings from the REACH study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15:292-300.
28. Bowen R, Baetz M, D'Arcy C. Self-rated importance of religion predicts one-year outcome of patients with panic disorder. *Depress Anxiety* 2006;23:266-73.
29. Soenke N, Landau MJ, Greenberg J. Sacred armor: religion's role as a buffer against the anxieties of life and the fear of death. In: Pargament KI, Exline JE, Jones J (eds). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality* (Vol. 1). Washington: APA Press, 2013:105-22.
30. Geertz C. Religion as a cultural system. In: Banton M (ed). *Anthropological approaches to the study of religion*. London: Tavistock, 1966:1-46.
31. Clark WH. How do social scientists define religion? *J Soc Psychol* 1958;47:143-7.
32. Mickley JR, Pargament KI, Brant CR et al. God and the search for meaning among hospice caregivers. *Hospice J* 1998;13:1-17.
33. Murphy SA, Johnson LC, Lohan J. Finding meaning in a child's violent death: a five-year prospective analysis of parents' personal narratives and empirical data. *Death Studies* 2003;27:381-404.
34. Dezutter J, Wachholtz A, Corveleyn J. Prayer and pain: the mediating role of positive re-appraisal. *J Behav Med* 2011;34:542-9.
35. Johnson P. *Psychology of religion*. Nashville: Abingdon, 1959.
36. Dein S, Pargament KI. On not praying for the return of an amputated limb: conserving a relationship with God as the primary function of prayer. *Bull Menninger Clin* 2012;76:235-59.
37. Falsetti SA, Resick PA, Davis JL. Changes in religious beliefs following trauma. *J Trauma Stress* 2003;16:391-8.
38. Allport GW. *The individual and his religion: a psychological interpretation*. Oxford: Macmillan, 1950.
39. Pruyser PW. The seamy side of current religious beliefs. *Bull Menninger Clin* 1977;41:329-48.
40. Pargament KI. *Spiritually integrated psychotherapy: understanding and addressing the sacred*. New York: Guilford, 2007.
41. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed., text revised. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
42. Pargament KI, Murray-Swank N, Magyar G et al. Spiritual struggle: a phenomenon of interest to psychology and religion. In: Miller WE, Delaney W (eds). *Judeo-Christian perspectives on psychology: human nature, motivation, and change*. Washington: APA Press, 2005:245-68.
43. Pirutinsky S, Rosmarin DH, Pargament KI et al. Does negative religious coping accompany, precede, or follow depression among Orthodox Jews? *J Affect Disord* 2011;132:401-5.
44. McConnell K, Pargament KI, Ellison C et al. Examining the links between spiritual struggles and symptoms of psychopathology in a national sample. *J Clin Psychol* 2006;62:1469-84.
45. Exline J. Religious and spiritual struggles. In: Pargament KI, Exline JE, Jones J (eds). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality* (Vol. 1). Washington: APA Press, 2013:459-76.
46. Waller JE. Religion and evil in the context of genocide. In: Pargament KI, Exline JE, Jones J (eds). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality* (Vol. 1). Washington: APA Press, 2013:477-94.
47. Jones JE. *Blood that cries out from the earth: the psychology of religious terrorism*. Oxford: Oxford University Press, 2008.
48. Olsson PA. Malignant pied pipers of our time: a psychological study of destructive cult leaders from Rev. Jim Jones to Osama bin Laden. Baltimore: PublishAmerica, 2005.
49. Bushman BJ, Ridge RD, Das E et al. When God sanctions killing: effect of scriptural violence on aggression. *Psychol Sci* 2007;18:204-7.
50. Donahue MJ. Intrinsic and extrinsic religiousness: review and meta-analysis. *J Pers Soc Psychol* 1985;48:400-19.
51. Abu Raiya H, Pargament KI, Mahoney A et al. When Muslims are perceived as a religious threat: examining the connection between desecration, religious coping, and anti-Muslim attitudes. *Basic Appl Soc Psychol* 2008;30:311-25.
52. Mohr S, Borrás L, Betrisey C et al. Delusions with religious content in patients with psychosis: how they interact with

- spiritual coping. *Psychiatry* 2010;73:158-72.
53. Greenberg D, Witztum E. *Sanity and sanctity: mental health work among the ultra-orthodox in Jerusalem*. New Haven: Yale University Press, 2001.
 54. Pierre J. Faith or delusion? At the crossroads of religion and psychosis. *J Psychiatr Pract* 2001;7:163-72.
 55. Miller L, Kelley BS. Relationships of religiosity and spirituality with mental health and psychopathology. In: Paloutzian RF, Park CL (eds). *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: Guilford, 2005:460-78.
 56. Lomax JW, Kripal JJ, Pargament KI. Perspectives on 'sacred moments' in psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2011;168:12-8.
 57. Rizzuto AM, Shafranske E. Addressing religion and spirituality in treatment from a psychodynamic perspective. In: Pargament KI, Mahoney A, Shafranske E (eds). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality*, Vol. 2. Washington: APA Press, 2013:125-46.
 58. Stanley MA, Bush AL, Camp ME et al. Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. *Aging Mental Health* 2011;15:334-43.
 59. Kehoe N. *Wrestling with our inner angels: faith, mental illness, and the journey to wholeness*. San Francisco: Jossey-Bass, 2009.
 60. Azhar MZ, Varma SL, Dharap AS. Religious psychotherapy in depressive patients. *Psychother Psychosom* 1995;63:165-73.
 61. D'Souza R, Rich D, Diamond I et al. An open randomized controlled trial using a spiritually augmented cognitive behavioural therapy for demoralization and treatment adherence in patients with schizophrenia. Presented at the 37th Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Congress, Brisbane, April 2002.
 62. Richards PS, Berrett ME, Hardman RK et al. Comparative efficacy of spirituality, cognitive, and emotional support groups for treating eating disorder inpatients. *Eat Disord* 2006;41:401-15.
 63. Rosmarin DH, Pargament KI, Pirutinsky S et al. A randomized controlled evaluation of a spiritually integrated treatment for subclinical anxiety in the Jewish community, delivered via the Internet. *J Anxiety Disord* 2010;24:799-808.
 64. Avants SK, Beitel M, Margolin A. Making the shift from "addict self" to "spiritual self": results from a Stage I study of spiritual self-schema (3-S) therapy for the treatment of addiction and HIV risk behavior. *Mental Health, Religion, and Culture* 2005;8:167-77.
 65. Harris JI, Erbes CR, Engdahl BE et al. The effectiveness of a trauma focused spiritually integrated intervention for veterans exposed to trauma. *J Clin Psychol* 2011;67:1-14.
 66. Murray-Swank N, Pargament KI. God, where are you? Evaluating a spiritually-integrated intervention for sexual abuse. *Mental Health, Religion, and Culture* 2005;8:191-203.
 67. Koenig HG. Schizophrenia and other psychotic disorders. In: Peteeet JR, Lu FG, Narrow WE (eds). *Religious and spiritual issues in psychiatric diagnosis: a research agenda for DSM-V*. Arlington: American Psychiatric Association, 2011:31-51.
 68. Blass DM. A pragmatic approach to teaching psychiatry residents the assessment and treatment of religious patients. *Acad Psychiatry* 2007;31:25-31.
 69. Puchalski CM, Larson DB, Lu FG. Spirituality in psychiatry residency training programs. *Int Rev Psychiatry* 2001;13:131-8.

Religiosidad, un rasgo de personalidad que hay que considerar en la psiquiatría

HERMAN M. VAN PRAAG^{1,2}

¹University of Groningen, Utrecht, Maastricht, The Netherlands; ²Albert Einstein College of Medicine, New York, NY, USA

Pargament y Lomax hacen una descripción lúcida, convincente y sucinta de la interfaz entre la psiquiatría y la religión. Sin embargo, no hacen una diferenciación clara entre religiosidad y religión. Yo sí la hago y considero que este punto es importante, tanto en teoría como en la práctica.

Defino *religiosidad* como la afinidad por la idea arraigada en lo religioso. Esta noción implica que, además del mundo perceptible a través de nuestros sentidos, existe otro mundo, un mundo supranatural. Los hombres religiosos sienten la necesidad de tratar de alcanzar ese mundo metafísico. Quieren otorgar a la vida una dimensión vertical, son receptivos al concepto de Dios y conocen los sentimientos, pensamientos y experiencias que están vinculados a ese concepto.

El «pensar hacia arriba» —un término prestado de Ryk (1)— no es un asunto gratuito. Conduce a algo. Logra acceso a un mundo metafísico. Un mundo más allá del horizonte, un mundo completamente no racional, impenetrable a lo racional, al análisis lógico. Este mundo no permanece vacío. Los seres humanos no pueden vérselas fácilmente con un vacío. Tienden a llenarlo. En el caso de un silencio que se suscita en una conversación, con palabras; en el caso de una vista en un universo metafísico, con fuerzas indeterminables que influyen en la vida personal y también en la de la sociedad de la cual forma una parte. Las fuerzas imaginadas que operan en este universo metafísico pueden permanecer vagas, informes. En ese caso hablo de espiritualidad. Como alternativa, las fuerzas imaginadas son integradas en un ser mítico omnipresente, omnipotente y omnisciente llamado Dios. En este caso, hablo de religiosidad.

Este concepto, esta efigie, esta semejanza con Dios adquiere diversas funciones. En primer lugar, es un símbolo; un símbolo de creatividad ilimitada y de moralidad absoluta. Como tal, se convierte para los hombres creyentes un modelo de rol, una piedra de toque para la propia

conducta. La palabra símbolo, metáfora, carece de alguna connotación denigrante. Una metáfora es precisamente el medio para expresar verbalmente algo que en realidad es imposible de captar en palabras. Proporciona una imagen de algo inefable e inimaginable.

En segundo lugar, las cualidades paternas y maternas se proyectan en el Dios-efigie; en una forma idealizada. En el mundo de las experiencias del creyente, Dios es consejero y protector supremo. Interviene en tiempos de agitación emocional y proporciona consuelo o resignación, si se necesitan.

En tercer lugar, Dios, según lo percibe el creyente, tiene expectativas. Espera que el hombre (para expresarlo de una manera judía) santifique la vida. Dios tiene injerencia en la conciencia del hombre; se integra en su conciencia. En esa capacidad, Dios le advierte cuándo corre el peligro de extraviarse y le despista sentimientos de culpa si no obstante ocurre la recaída.

Por último, Dios otorga a los hombres religiosos un destino, o mejor: espera que los hombres escojan un destino. Un destino con un carácter altruista, uno que promete contribuir al bienestar de una sociedad; en cualquier nivel (social, cultural, científico) o menos noble pero no menos importante, al tratar de sacar lo mejor de ello, en la propia familia, en el trabajo o en la vida social.

Por consiguiente, en la vida del creyente la imagen de Dios funciona como un sistema de apoyo importante. Ilumina en el doble sentido de esta palabra. La vida se vuelve más ligera, menos difícil de vivir. Proporciona luz, facilitando descubrir el propósito y el sentido en la vida, de manera que al final del día uno puede decir: todo tuvo sentido. Contribuí. El Dios—efigie ciertamente no es el único que aporta sentido, pero sin duda es uno importante.

La religión, por otra parte, designa una serie de doctrinas religiosas; de hecho una filosofía, una forma de interpretar la existencia humana, en la que la idea de Dios es un punto focal. La religión proporciona la necesidad de «pensar hacia arriba» con contenido y forma. La religión, por decirlo así, es la forma de expresión de religiosidad formaliza-

da, estructurada y, a menudo, lamentablemente codificada. La religiosidad es la infraestructura, la religión es la superestructura.

La religión se presenta en diversos marcos. En un extremo, encuentra uno lo que he llamado una serie de reglas petrificadas codificadas que uno está obligado a creer o a practicar; reglas que a menudo inhiben más que fomentan la reflexión, que pueden inducir a sentimientos de pecado y vergüenza, en vez de generar el goce de vivir.

En el otro extremo, se encuentra una perspectiva de la vida que cautiva; que está carente de dificultades incorporadas en la propia vida; que induce al debate; estimula la reflexión con respecto al propósito y el sentido de la propia vida; un sistema que no proporciona certezas, sólo posibilidades.

La religión puede enriquecer una vida o corromperla. Uno puede rechazar el sistema o aceptarlo, en parte o por completo. Puede ser una influencia para el bien o para el mal. A través de los siglos a menudo ha sido una influencia para el mal. Esto ha hecho que la religión se haya ganado una mala reputación.

Este comentario tiene que ver con la religiosidad. En todos los países se ha demostrado que la religiosidad es un fenómeno frecuente. Se expresa de muchas maneras diferentes: creencia en un Dios personal; creencia en un principio abstracto omnipotente; creencia en la vida después de la muerte; creencia en la inmortalidad del alma; creencia en la influencia divina en la propia vida, y muchas otras más. La iglesia y las autoridades eclesiásticas perdieron prestigio; la religiosidad parece todavía disfrutar de una fuerte presencia. Esta evidencia parece indicar que la religiosidad se ha de considerar como un componente normal de la personalidad humana.

Otros datos respaldan esta conclusión. La religiosidad es una característica anclada en lo biológico. Es, para comenzar, determinada en parte por factores genéticos (2). En segundo lugar, varios tipos de indicios indican que el cerebro contiene sistemas que son la raíz de las experiencias y consideraciones religiosas (2-5). Si son activados por corrientes electromagnéticas, ocurren experiencias

religiosas, incluso en los no creyentes. La actividad neuronal en esas regiones varía según la intensidad y la profundidad de la devoción religiosa.

¿Significa esto que la religiosidad tiene una causa biológica, que no es más el producto de algunos circuitos neuronales hiperactivos? No, esta no es la conclusión correcta. Significa que el cerebro es intermediario entre las necesidades religiosas y la satisfacción de esas necesidades. Las necesidades religiosas son de origen psicológico, su satisfacción es posible gracias al cerebro, a los procesos neurobiológicos.

En conclusión: religiosidad es un atributo de la mente humana. La religión es un producto de la mente humana. La religión se puede descartar, la religiosidad ahí está, integrada en la esencia de nuestro ser. Está ahí para quedarse (6).

Así las cosas, los psiquiatras no pueden ignorar la religiosidad, cualquier

que pueda ser su propio sistema de creencias. El análisis pormenorizado de la personalidad es un asunto diagnóstico central. La religiosidad no debiera faltar en esta tarea (7). ¿Desempeñó un papel en la presentación del trastorno mental, y en tal caso, fue su influencia agravante o mitigante? ¿Se puede utilizar la dimensión vertical en el tratamiento psicológico, y si tal es el caso, quién es el terapeuta designado, el pastor o el psiquiatra, o debiera ser una operación en tándem?

En breve, la religiosidad es importante en psiquiatría. Los psiquiatras no se pueden dar el lujo de tener puntos ciegos profesionales.

Bibliografía

1. de Rijk LM. *Religie, normen, waarden* (Religion, norms, values). Amsterdam: Bert Bakker, 2008.
2. van Praag HM. *Seat of the divine: a biological "proof of God's existence"?* In:

Verhagen PJ, van Praag HM, López-Ibor JJ, Jr. et al (eds). *Religion and psychiatry. Beyond boundaries*. New York: Wiley, 2010: 523-39.

3. Beaugard M, O'Leary D. *The spiritual brain*. New York: Harper, 2007.
4. Perroud N. Religion/spirituality and neuropsychiatry. In: Huguelet P, Koenig HG (eds). *Religion and spirituality in psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009:48-64.
5. Inzlicht M, McGregor I, Hirsh JB et al. Neural markers of religious conviction. *Psychol Sci* 2009;20:385-92.
6. Norenzayan A, Shariff AF. The origin and evolution of religious prosociality. *Science* 2008; 322:58-62.
7. Verhagen PJ, Cox JL. Multicultural education and training in religion and spirituality. In: Verhagen PJ, Van Praag HM, López-Ibor JJ, Jr. et al (eds). *Religion and psychiatry. Beyond boundaries*. New York: Wiley, 2010:587-613.

Religión y salud mental: la contribución de la antropología

SIMON L. DEIN

Department of Mental Health Sciences, University College London, Charles Bell House, London WC17EY, UK

Pargament y Lomax presentan un panorama exhaustivo de la literatura rápidamente creciente en torno a religión y salud mental. Su descripción es equilibrada y analiza las repercusiones positivas y negativas de la religión y la espiritualidad en el bienestar. En este comentario me enfocaré en algunos aspectos en los que mi enfoque, que se deriva de la antropología social, puede ser diferente del de Pargament y Lomax, con la intención de fomentar el debate sobre la investigación futura en religión y salud mental.

Varios de los aspectos señalados en el análisis (p. ej., propósito, violencia y conflictos) han atraído considerable atención antropológica. Como antropólogo, estoy de acuerdo en que los hallazgos citados deben ampliarse a otros grupos religiosos, culturas y países. Los factores religiosos siempre operan en marcos de referencia culturales. Por ejemplo, las vivencias experimentadas del Islam pueden ser diferentes en países con diferentes culturas. La jerarquía de género

y la organización política difieren en dos sociedades islámicas, lo que contribuye a que se experimenten factores estresantes. Esto tiene repercusiones tanto teóricas como clínicas.

La antropología tiene mucho que contribuir a este debate, con su énfasis en las descripciones pormenorizadas de experiencias individuales, y es una metodología clave —observación de participantes— que permite el trabajo a largo plazo con un grupo cultural y facilita la comprensión de la manera en que la religión y la salud mental repercuten entre sí en el curso del tiempo (1). Así mismo, permite la comprensión emic de las formas en que los conceptos como la religión, la espiritualidad, la cooperación, las creencias y las enfermedades mentales se conciben culturalmente. La investigación futura en religión y salud mental debe evaluar los significados profanos de términos como religión, espiritualidad y salud en vez de imponer definiciones profesionales. Los datos del campo de estudio antropológico pueden desplegarse para representar escalas de medición existentes culturalmente sensibles.

La literatura existente sobre religión y salud mental se ha enfocado predo-

minantemente en las creencias más que en la experiencia. Los antropólogos por lo general han disentido de la noción de creencia, sobre todo al analizar las convicciones religiosas (2). Es debatible si la noción de creencia utilizada en el cristianismo protestante pueda aplicarse fácilmente a otros grupos de creyentes. Y las relaciones entre creencia, conocimiento y fe a menudo se definen vagamente en la literatura actual.

La experiencia comprende elementos tanto cognitivos como afectivos. El énfasis cognitivo hasta el momento ha ignorado el papel importante de los factores emocionales para mantener las creencias. R. Firth (3) conceptuó la creencia religiosa como una serie de ideas más o menos integradas por la razón pero mantenidas con la convicción de que son verdades —que son significativas en relación con la realidad—. Señala que podemos distinguir elementos de conocimiento, emoción y actividad volitiva que actúan sobre la creencia. Es el elemento de emoción de cualquier clase de experiencia el que le confiere una base para la creencia y le proporciona un fuerte sabor de realidad.

Aunque estaría de acuerdo con la aseveración de Pargament y Lomax (quienes

citan al antropólogo C. Geertz) de que la religión aporta una fuente de sentido o propósito a los creyentes, la antropología social va más allá de las creencias individuales y proporciona una perspectiva más amplia al analizar las formas en las cuales las estructuras de poder y las jerarquías religiosas engendran convicciones específicas y las formas en que estas convicciones son impugnadas por diferentes fracciones en las sociedades.

Los antropólogos por mucho tiempo han reconocido la importancia de las experiencias religiosas específicas para mantener el bienestar en las colectividades y el papel de rituales en engendrar tales experiencias. Se dispone de una gran cantidad de datos antropológicos que analizan el papel que desempeñan los rituales para engendrar la salud mental. Sin embargo, el trabajo académico existente no ha analizado las repercusiones de rituales específicos en la salud mental. Por ejemplo, pese al hecho de que gran parte de la literatura contemporánea se ha enfocado en el cristianismo hay una escasez de investigación en la que se analicen los rituales cristianos como el bautismo, la eucaristía y la imposición de las manos por lo que respecta a facilitar el bienestar. La experiencia y los rituales religiosos y su repercusión en el bienestar debieran ser un objetivo futuro de la investigación en este campo (4).

Así mismo, la inmersión a largo plazo en una colectividad religiosa facilita la obtención de descripciones fenomenológicas detalladas de las experiencias religiosas, como el escuchar la voz de Dios,

y permite comprender de qué manera son interpretadas en diversos contextos culturales (5). Permite comprender mejor las similitudes y las diferencias entre la experiencia religiosa normativa y los estados psicopatológicos.

Un aspecto que analizan Pargament y Lomax —las alucinaciones religiosas— ha atraído cierto debate antropológico. El antropólogo T. Luhrmann (6) señala que las alucinaciones son una ilustración vívida de la forma en que la cultura afecta a nuestra experiencia mental más fundamental y de la manera en que la mente es conformada por la invitación cultural y también por las limitaciones biológicas.

La literatura antropológica ha indicado que las concepciones de bienestar comprenden las dimensiones física, emocionales y espirituales y también que la sanación suele reflejar el restablecimiento de una relación armoniosa con lo que las colectividades consideran como trascendente a través de diversos rituales. Como lo señala el antropólogo social V. Turner en su estudio sobre los Ndembu (7), la sanación contribuye mucho a reparar el tejido social lo mismo que a reparar el cuerpo, la mente y el alma del enfermo. Por consiguiente, la repercusión de la religión y la espiritualidad en la salud mental debiera abarcar medidas de armonía social e integración social.

Por último, por lo que respecta al tratamiento, existe ahora ya una literatura creciente sobre la psicoterapia intercultural y las ventajas de la compatibilidad de paciente y terapeuta (8). Esta literatura

demuestra que, si bien la compatibilidad cultural a veces favorece la eficacia psicoterapéutica, otros factores como el género sexual y la clase social también son importantes para determinar los resultados. Estos hallazgos se podrían extender a la investigación sobre el tratamiento espiritualmente integrado, al analizar las formas en las cuales la compatibilidad religiosa puede favorecer o mermar los resultados.

Bibliografía

1. Dein S, Cook CC, Koenig H. Religion, spirituality, and mental health: Current controversies and future directions. *J Nerv Ment Dis* 2012;200:852-5.
2. Tambiah S. Magic, science, religion and the scope of rationality. New York: Cambridge University Press, 1990.
3. Firth R. Religion: a humanist interpretation. London: Routledge, 1996.
4. Dein S. Judeo-Christian religious experience and psychopathology: the legacy of William James. *Transcult Psychiatry* 2010;47:523-47.
5. Dein S, Littlewood R. The voice of God. *Anthropol Med* 2007;14:213-28.
6. Luhrmann T. Hallucinations and sensory overrides. *Ann Rev Anthropol* 2011;40:71-85.
7. Turner V. The forest of symbols: aspects of Ndembu ritual. Ithaca: Cornell University Press, 1967.
8. Kareem J, Littlewood R. Intercultural therapy: themes, interpretations and practice. Oxford: Blackwell, 1992.

La valoración espiritual como parte de la valoración psiquiátrica sistemática: problemas y repercusiones

PHILIPPE HUGUELET¹,
OLFA MANDHOJ²

¹Division of General Psychiatry, Department of Mental Health and Psychiatry, University Hospitals of Geneva, 1207 Geneva, Switzerland; ²INSERM U699, Hôpital André-Mignot, Le Chesnay, Paris, France

Pargament y Lomax hacen un análisis exhaustivo y claro de la forma en que

la religión repercute en los síntomas y el pronóstico en pacientes con trastornos mentales, tanto en sus aspectos positivos como negativos. Su investigación está basada predominantemente en la investigación importante realizada por Pargament y sus colaboradores sobre la adaptación religiosa y «que da sentido». Proponen que muchos pacientes utilizan la religión como un recurso para hacer frente a la enfermedad

y como un modelo explicativo de su trastorno (1). Esto puede tener consecuencias positivas (p. ej., «pienso que mi enfermedad es un castigo de Dios por mis pecados. Le da sentido a lo que me ha ocurrido, de manera que es menos injusto») o negativas (p. ej., «he estado rezando por años. Todavía estoy enfermo porque no creo en el poder curador de Dios lo suficiente. Soy una mala persona») (2).

Los aspectos negativos de la religión pueden expresarse a través del «conflicto religioso», un concepto complejo para muchos profesionales clínicos. El conflicto espiritual puede ser intrapersonal, interpersonal o está relacionado con la representación de dios del paciente. El hecho de que el conflicto religioso pueda ser la causa o consecuencia del trastorno psicopatológico (o ambos) se ha de tomar en cuenta al valorar este fenómeno.

El artículo de Pargament y Lomax debiera ayudar a los profesionales clínicos a desentrañar las diversas formas en las cuales se puede utilizar la religión, a saber: como un recurso para hacer frente a la enfermedad, como una fuente de confortación emocional (p. ej., para aliviar la ansiedad) o de sentido, y un medio de autorregulación y de mejor funcionamiento social. Los profesionales clínicos han de tener cierta familiaridad con estos Conceptos antes de llevar a cabo la valoración espiritual, la cual debiera ser parte de la valoración psiquiátrica sistemática (3). Sin embargo, descubrirán que más de uno de los aspectos antes señalados suele estar presente en todo paciente en un determinado momento (3). Por ejemplo, un paciente con esquizofrenia puede presentar delirios de contenido religioso («el diablo me habló...») en tanto que al mismo tiempo puede ser capaz de aliviar su ansiedad rezando a Dios. Es importante tener presente que se pueden utilizar preguntas de detección en una valoración exhaustiva de todos los aspectos de la religiosidad de un paciente (3,4).

Después que se ha llenado la valoración espiritual, ¿cómo debiéramos luego proceder? Los aspectos que surgen debieran abordarse primero que nada como parte de la psicoterapia de apoyo, fortaleciendo la adaptación positiva y lidiando con sus formas negativas (p. ej., lucha espiritual). Sin embargo, en algunos casos, los problemas pueden volverse más complejos, lo que depende del contexto cultural en el cual se proporcione el tratamiento. En algunas zonas donde no se dispone de psiquiatras, los curanderos tradicionales tratarán de ayudar a los pacientes con trastornos mentales en el contexto de una «atención integrada» que implica tanto la

sanación espiritual como técnicas más seculares (con mayor o menor éxito). A la inversa, en casi todos los países europeos, los psiquiatras trabajan desde la posición de un lego. De ahí que puede considerarse que los problemas que se originan en la valoración espiritual son de la incumbencia de capellanes o representantes religiosos. A mitad de camino entre estas dos posiciones, hay lugares donde las cuestiones están entrelazadas. En Estados Unidos, por ejemplo, algunos profesionales clínicos pueden rezar con sus pacientes, una posición que no se consideraría como aceptable en casi todos los centros psiquiátricos públicos en Europa.

La complejidad de este campo también está relacionada con la existencia de una «zona gris» a veces basada en el dominio de la psicoterapia, en la que cierto material intrapsíquico puede considerarse como «teórico» o como un proceso cognitivo que justifica la intervención psicológica o como las dos cosas a la vez. Por ejemplo, la culpa que una mujer siente después de un aborto, la cual en parte está basada en consideraciones religiosas.

Así pues, ¿qué debiéramos hacer? Por una parte, los psiquiatras deben adaptar su ejercicio clínico a lo que la sociedad les pide. Por otra parte, existen contextos en los cuales «el tratamiento local» es incongruente con los tratamientos usuales eficaces (como los antipsicóticos para los síntomas de psicosis). En algunas regiones, los pacientes primero consultan a su curandero local y luego recurren a la medicina más tradicional cuando se dan cuenta de que el primero no les brinda mejoría (5). En estas situaciones, los profesionales clínicos debieran mejor no competir con estos enfoques sino hallar formas de aplicar diversos modelos de una manera complementaria (6). Esto puede ser frustrante si se toma en cuenta el tiempo —y el dinero— que posiblemente se perderá en esta secuencia de pasos. Sin embargo, en la actualidad no hay otra opción: las personas integradas en una cultura que recurre a modelos explicativos religiosos para sus trastornos a menudo buscarán atención tradicional

antes de intentar la psiquiatría más usual. El rol de los psiquiatras es tomar en cuenta el contexto cultural de sus pacientes, que puede implicar el formar una relación de colaboración con los miembros de las colectividades religiosas cuando es necesario.

En conclusión, nos gustaría resaltar que: a) la valoración espiritual debiera ser parte de la investigación del contexto cultural de todo paciente que se consulta en una unidad psiquiátrica, según las recomendaciones de la WPA (7); b) la valoración espiritual posiblemente revelará cuestiones psicológicas y sociales que son pertinentes al tratamiento; y c) estas cuestiones pueden tener repercusiones psicoterapéuticas, psiquiátricas y sociales, lo que depende de las características del paciente y el contexto psiquiátrico y cultural local.

Bibliografía

1. McCabe R, Priebe S. Explanatory models of illness in schizophrenia: comparison of four ethnic groups. *Br J Psychiatry* 2004;185:25-30.
2. Huguélet P, Mohr S, Gillieron C et al. Religious explanatory models in patients with psychosis: a 3-year follow-up study. *Psychopathology* 2010; 43:230-9.
3. Huguélet P, Mohr S, Betrisey C et al. A randomized trial of spiritual assessment of outpatients with schizophrenia: patients' and clinicians' experience. *Psychiatr Serv* 2011;62:79-86.
4. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician* 2001;63:81-9.
5. Champion J, Bhugra D. Experience of religious healing in psychiatric patients in South India. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32:215-21.
6. Khan I, Pillay K. User' attitudes toward home and hospital treatment: a comparative study between South Asian and white residents of the British Isle. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2003;10:137-46.
7. Mezzich E. Psychiatry for the Person: articulating medicine's science and humanism. *World Psychiatry* 2007;6:65-7.

Religión y salud: cuanto más sabemos más necesitamos saber

ALEXANDER MOREIRA-ALMEIDA

Research Center in Spirituality and Health, School of Medicine, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brazil; WPA Section on Religion, Spirituality and Psychiatry

En los últimos decenios debido a la serie creciente de datos empíricos sólidos, cada vez se han reconocido más las interconexiones entre la religiosidad y la salud. Estos datos han cuestionado puntos de vista previos, la mayor parte basados en perspectivas teóricas, que señalan que la religiosidad es un vestigio de un desarrollo psicológico primitivo, por lo general relacionado con defensas inmaduras y síntomas psiquiátricos. La mayor parte de los datos derivados de estudios epidemiológicos indican que la actividad religiosa se relaciona con mejores desenlaces en la salud al nivel de la población (1). Sin embargo, se ha analizado poco la repercusión que estos hallazgos podría tener para el ejercicio clínico sistemático y ha sido escasa la investigación sobre el aspecto negativo de la conexión. En el artículo de Pargament y Lomax se resaltan estas dos deficiencias.

Los autores señalan la «historia conflictiva entre la psiquiatría y la religión». No hay duda de que ha habido conflictos entre la religión y la psiquiatría y en términos más generales entre la religión y la ciencia. Sin embargo, es importante tener presente que, desde una perspectiva histórica más amplia, la relación entre la ciencia y la religión ha sido más de sinergia que de antagonismo. Al parecer el conflicto se limitó predominantemente al periodo de mediados del siglo XIX hasta finales del siglo XX (2). De hecho, desde tiempos antiguos, los aspectos espirituales y la atención a los enfermos se han entrelazado y valdría la pena de llevar a cabo nuevos estudios pormenorizados sobre las conexiones históricas entre la espiritualidad y la atención a las personas con trastornos mentales. Esta comprensión histórica sería importante para poner en perspectiva los avances recientes.

Si bien la interacción entre la religión y la salud ha estado bien establecida, la comprensión de sus mecanismos ha sido un reto. El reconocimiento de

los «componentes activos» de la religión tiene especial interés para el profesional clínico, ya que puede ayudar al desarrollo de nuevos enfoques terapéuticos y preventivos. Un análisis de cuatro mediadores psicosociales propuestos (prácticas de salud, apoyo social, recursos psicosociales y estructuras de creencias) ha mostrado que las pruebas empíricas son «contradictorias e incongruentes» (3). Pargament y Lomax analizan algunos mecanismos promisorios. A fin de mejorar los conocimientos sobre este tema, podría ser fructífero investigar de qué manera la espiritualidad puede fomentar el desarrollo de factores «salutógenos» más que disminuir los factores «patógenos». También podría ser útil enfocarse en el mecanismo que puede ser específico de la espiritualidad, que no está presente en los contextos seculares. Los estudios cualitativos son una fuente importante pero en gran parte todavía descuidada de nuevas hipótesis para los mediadores.

La comprensión del lado oscuro de la religión necesita mucha más investigación. Esto se aplica sobre todo a la violencia religiosa. Al parecer la religión, más que una causa de violencia entre los grupos, a menudo es un indicador, un sustitutivo de una red más amplia de características socioculturales. Varios conflictos que se han presentado apresuradamente como religiosos podrían comprenderse mejor si se tomase en cuenta que tienen origen económico, étnico u otras fuentes más mundanas (4). La religión, como cualquier otra idea poderosa como la ciencia, la salud, la justicia social y la libertad, puede y se ha utilizado como una justificación para la violencia y la intolerancia.

Además de la cuestión importante de cuándo un problema religioso es primario o secundario a un trastorno mental, también es indispensable mejorar la diferenciación entre las experiencias espirituales saludables que semejan a los síntomas psiquiátricos y los trastornos mentales con contenido religioso (5). Este es un campo esencial pero todavía en gran parte inexplorado.

Además de la exploración del tratamiento espiritualmente integrado, según lo resaltan los autores, es necesario comprender mejor el mecanismo y la repercusión de los tratamientos espirituales. Millones de personas que sufren trastornos mentales en todo el mundo buscan ayuda de tratamientos espirituales como única modalidad o en combinación con tratamientos psiquiátricos (6). Otro ejemplo importante que merece investigación a fondo es el tratamiento religioso/espiritual del problema de abuso de sustancias. Esta clase de investigación nos ayuda a esclarecer cuáles procedimientos son nocivos (y debieran evitarse) y cuáles pueden ser eficaces (y deberán estudiarse mejor y utilizarse).

Además de los estudios sobre el tratamiento espiritualmente integrado que muestran mejores resultados en comparación con los tratamientos normales, analizados por Pargament y Lomax, hay otras investigaciones que revelaron un grado similar de eficacia de los dos tratamientos (7). No obstante, el tratamiento espiritualmente integrado puede fomentar una mejor aceptación de los tratamientos psicológicos/psiquiátricos entre los pacientes religiosos. Estos métodos integrados pueden ser muy útiles para algunas características específicas de los pacientes. Vale la pena de hacer notar que, según ciertas pruebas, el tratamiento espiritualmente integrado lo pueden aplicar en forma adecuada profesionales clínicos no religiosos (8).

En resumen, el análisis de Pargament y Lomax tiene el mérito de atraer la atención de un amplio auditorio psiquiátrico en torno a algunos aspectos importantes de la religión que son pertinentes para el ejercicio clínico. Es posible llegar a algunas conclusiones basándose en la evidencia disponible: a) hay una conexión frecuente y significativa entre la religiosidad y la salud mental; b) la relación suele ser positiva, pero también hay lazos dañinos; y c) hay la necesidad de tomar en cuenta la espiritualidad de los pacientes a fin de brindar una atención clínica adecuada y culturalmente competente.

Con base en esto, los psiquiatras tienen algunos retos educativos y de investigación. Desde el punto de vista educativo, es apropiado que los profesionales clínicos tengan presente los conocimientos disponibles en el campo. Desde una perspectiva de la investigación, hay la necesidad de: a) expandir los estudios a una base geográfica y cultural más diversa; b) llevar a cabo más estudios en poblaciones psiquiátricas; c) explorar la repercusión de los tratamientos espirituales y espiritualmente integrados; d) investigar los mecanismos a través de los cuales la participación religiosa y los tratamientos relacionados con lo espiritual pueden afectar a la salud; e) estudiar las experiencias espirituales, sus raíces y diferenciación con respecto a los trastornos mentales; y f) establecer aplicaciones clínicas de los datos epidemiológicos actualmente disponibles en torno a la interconexión entre religión y salud.

Para abordar estos retos, la WPA tiene una sección sobre religión, espiritualidad y psiquiatría, que incluye y acoge con

beneplácito a los miembros de cualquier antecedente religioso/filosófico de todo el mundo (www.religionandpsychiatry.com). Esta sección ha promovido varias iniciativas como los simposios en congresos internacionales, ha publicado la Newsletter *Psique y espíritu: conexión de la psiquiatría y la espiritualidad*, y ha editado todo un libro (9).

Bibliografía

1. Koenig HG, King DE, Carson VB. *Handbook of religion and health*, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2012.
2. Numbers RL. *Galileo goes to jail and other myths about science and religion*. Cambridge: Harvard University Press, 2009.
3. George LK, Ellison CG, Larson DB. Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychological Inquiry* 2002; 13:190-200.
4. Cavanaugh WT. The myth of religious violence: secular ideology and the roots

of modern conflict. New York: Oxford University Press, 2009.

5. Moreira-Almeida A, Cardena E. Differential diagnosis between non-pathological psychotic and spiritual experiences and mental disorders: a contribution from Latin American studies to the ICD-11. *Rev Bras Psiquiatr* 2011;33 (Suppl. 1): S21-36.
6. Schumann C, Stroppa A, Moreira-Almeida A. The contribution of faithbased health organisations to public health. *International Psychiatry* 2011; 8:62-3.
7. Worthington EL, Hook JN, Davis DE et al. Religion and spirituality. In: Norcross JC (ed). *Psychotherapy relationships that work*, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2011:402-19.
8. Post BC, Wade NG. Religion and spirituality in psychotherapy: a practice-friendly review of research. *J Clin Psychol: In Session* 2009; 65:131-46.
9. Verhagen PJ, van Praag HM, López-Ibor JJ et al (eds). *Religion and psychiatry. Beyond boundaries*. Chichester: Wiley-Blackwell, 2010.

Religión y psiquiatría: del conflicto al consenso

MARILYN BAETZ

Department of Psychiatry, University of Saskatchewan, Saskatoon, SK, S7N 0W8, Canada

Pargament y Lomax presentan la religión como una «espada de doble filo», que representa tanto un recurso como un problema para la psiquiatría. Esta analogía puede ser útil como guía para la investigación adicional y para avanzar a una posición de consenso en un campo que a veces ha sido conflictivo. La psiquiatría no sólo ha tenido dificultades con la religión, sino también la religión —con su enfoque en la mente, el cuerpo y el espíritu— ha tenido dificultades con la psiquiatría. En restablecimiento óptimo de la salud mental en un paciente precisa una capacidad de parte del psiquiatra de reunir las pruebas de tratamiento a niveles que van desde las células hasta las poblaciones. La investigación creíble ayuda a mejorar la evidencia científica.

Los factores que hay que tomar en cuenta en la investigación dirigida a

comprender la religión como un recurso o una dificultad para el tratamiento psiquiátrico son los siguientes:

- *Operacionalización de la definición de espiritualidad.* Las medidas características de la espiritualidad tienden a utilizar «denominadores comunes», como por ejemplo «siento una conexión con toda la vida» (1), lo cual puede no captar con exactitud su esencia. Tales medidas han ayudado con datos a la investigación hasta el momento, pero han sido «impuras», por cuanto miden el bienestar psicológico y los conceptos existenciales o sociales y a la vez miden la espiritualidad (2). Por consiguiente, las conclusiones basadas en estos estudios pueden ser engañosas. Así mismo, la espiritualidad en general se mide mediante la valoración autonotificada, un proceso que precisa un grado de comprensión en los informantes para valorar algunos aspectos de sí mis-

mos en comparación con una norma desconocida. Las tentativas de identificar criterios de valoración objetivos (como las conductas) relacionados con la espiritualidad son mucho más difíciles. Aquí, el riesgo radica en medir el resultado de una vida espiritual (es decir, paz o goce) en vez de la esencia espiritual en sí, lo cual conduce a conclusiones deficientes.

- *Medición de la religiosidad en un contexto de múltiples creencias.* Cada religión sostiene exclusividad en determinados dominios. Por consiguiente, el utilizar medidas absolutas o genéricas y a la vez ignorar los principios individuales de religiones específicas sólo afecta a la medida. Sería útil idear preguntas que exploren lo que se considera central en cada religión, sobre todo por lo que respecta a la salud mental.

Las creencias, las actitudes, las experiencias, el compromiso y la madurez en el ámbito religioso son temas co-

munes, pero cada religión e incluso las denominaciones dentro de la misma religión tendrán diferentes series de «normas» o ideales para cada uno de estos. Por ejemplo, el judaísmo tiende a resaltar a Dios como un ser todopoderoso, en tanto que el catolicismo tiende a resaltar a Dios como un ser todo misericordioso. Diferentes concepciones de Dios se asocian a formas de adaptación o inadaptación del hacer frente a la enfermedad basándose en lo religioso (3).

- *Dilucidación del papel de la cultura en la expresión religiosa.* La cultura puede aportar información a la forma en que la religión y la espiritualidad son interpretadas por el individuo y por consiguiente en cómo se responde a las preguntas. Por ejemplo, en algunos países, la «religión» se ve como algo obsoleto y un término casi despectivo, en tanto que en otros la «espiritualidad» es vista como un fenómeno místico de la nueva era. Estudios realizados en estadounidenses de origen africano o en el sur de Estados Unidos tienen factores culturales superpuestos completamente diferentes a los de otras regiones de Estados Unidos, Canadá o Europa. En los primeros, hay tasas iniciales mucho más altas de creencias religiosas declaradas y pueden precisarse diferentes medidas para realmente determinar la integración de la religión o la espiritualidad del individuo por contraposición a la cultura prevaleciente. Como un ejemplo, el asistir a servicios religiosos puede reflejar un compromiso religioso interiorizado o el cumplimiento de las normas sociales, o una combinación de ambos.
- *Estudios longitudinales.* Se han recomendado estudios longitudinales durante el último decenio, a medida que surgió una gran cantidad de datos representativos. Los datos representativos han sido incongruentes y a menudo han mostrado relaciones diferentes entre la depresión y la religión, o la depresión y la autoevalua-

ción espiritual. No se puede determinar la causalidad y se deja abierta la cuestión de si las enfermedades psiquiátricas hacen que acuda uno a la espiritualidad o se aleje de ella. Datos longitudinales satisfactorios sobre la relación entre la depresión y la observancia religiosa o compromiso han comenzado a abordar la manera en que la depresión puede repercutir en la religiosidad y a la vez en cómo la religiosidad puede repercutir en la depresión (2). Estudios longitudinales sobre los trastornos por ansiedad, afectan a la pérdida de la regulación, la exacerbación o la reducción de la culpa o la vergüenza, o una enfermedad mental crónica grave también podría ser esclarecedora. Estudios epidemiológicos transversales han demostrado en todo caso que la religión y la espiritualidad son factores determinantes importantes de la salud mental en un grado similar que el género sexual o los ingresos económicos. Esto indica que la religión debiera ser una variable considerada en los estudios epidemiológicos psiquiátricos. Así mismo, hay pruebas sólidas (4) que indican que la religión no es sólo otra medida de apoyo social.

- *La investigación sobre cuáles aspectos de la religión o la espiritualidad están sustentados durante un episodio psiquiátrico o cómo podrían sustentarse.* Se necesita un cambio desde el tratamiento del trastorno mental como una meta final hasta una perspectiva centrada en el paciente en la cual el objetivo sea el crecimiento espiritual y psicológico. Compatible con esto, Kohlberg (5) y Piaget (6) vislumbran el desarrollo moral como una secuencia de etapas que comienzan con el yo como «el principio y el final» y avanzan hacia los principios éticos universales.

La religión es singular por cuanto proporciona un enlace con el pasado y con el futuro. En una sociedad en la que

los gobiernos se enfocan en la conveniencia a corto plazo, muchas cosas son descartadas, las familias son volátiles, las instituciones son inestables y las culturas son menos «puras» a consecuencia de la migración, la religión claramente representa una perspectiva longitudinal. Para comprender los trastornos psiquiátricos, también es necesaria una perspectiva longitudinal, que comprenda la consideración de la religión y la espiritualidad. En las personas en las que se entrelazan la religión y los problemas de salud mental, cuanto mejor comprendan los psiquiatras los potenciales y desventajas en torno a las creencias religiosas o espirituales de sus pacientes (o la pérdida de ellas), tanto más podrán ayudar a restablecer la salud mental equilibrada.

Agradecimientos

El autor desea agradecer a los Dres. R.C. Bowen y L. Balbuena por su ayuda editorial.

Bibliografía

1. Underwood L, Teresi J. The Daily Spiritual Experience Scale: development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *Ann Behav Med* 2002;24:22-33.
2. Koenig HG, King DE, Carson VB. *Handbook of religion and health.* Oxford: Oxford University Press, 2012.
3. Phillips RE, Stein CH. God's will, God's punishment, or God's limitations? Religious coping strategies reported by young adults living with serious mental illness. *J Clin Psychol* 2007;63:529-40.
4. Krause N. Exploring the stress-buffering effects of church-based and secular social support on self-rated health in late life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2006;61: S35-43.
5. Kohlberg L. *Essays on moral development.* San Francisco: Harper & Row, 1981.
6. Piaget J. *The moral judgment of the child.* New York: Free Press, 1965.

¿Estamos haciendo daño por omisión? El abordaje de la religiosidad del enfermo mental

**SAMUEL GEORGE HANSDAK¹,
RAJA PAULRAJ²**

¹Department of Medicine, Christian Medical College, Vellore, Tamil Nadu, India; ²Herbertpur Christian Hospital of Emmanuel Hospital Association, Dehradun, Uttarakhand, India

En la antigüedad el principal obstáculo para tratar al enfermo mental era el prejuicio relacionado con los propios puntos de vista religiosos del terapeuta. Los líderes religiosos utilizaban exorcismos para tratar los trastornos mentales, a menudo a través de métodos crueles, duros y bárbaros. Creían que la posesión por el demonio era la principal causa de la enfermedad mental. En los días modernos estamos experimentando un problema en el otro extremo de la gama. Por no imponer las creencias religiosas al paciente, los terapeutas ni siquiera están abordando la cuestión de la religiosidad en el tratamiento de los trastornos mentales. Esto es nocivo también ya que a menudo hay implícito un componente espiritual. Nosotros, como trabajadores médicos interesados por lo espiritual, debiéramos intentar llegar a un equilibrio. Los psiquiatras y sus pacientes pueden percibir en forma diferente el rol de la religión (1). Los psiquiatras a menudo son menos religiosos que sus pacientes y pueden no apreciar el valor de la religión para ayudarlos a hacer frente a su enfermedad. Por otra parte, los psiquiatras pueden experimentar la religión a través de las expresiones patológicas de los individuos con delirios religiosos, lo cual puede sesgarlos en contra de la religión

como un recurso terapéutico. En tercer lugar, los psiquiatras pueden enfocarse en los componentes biológicos y en la enfermedad mental y pueden ver el componente religioso como algo subjetivo y no respaldado por la evidencia empírica. Por último, los psiquiatras pueden creer que la religión siempre produce dependencia y sentimientos de culpa (2).

Los posibles efectos negativos de la religión sobre la salud mental, o nuestras previas experiencias personales con la religión, no debieran impedirnos reconocer un componente espiritual en la enfermedad mental y ofrecer al menos recursos para la ayuda espiritual, sino es que sugerirlos personalmente. Esto comprende obtener un antecedente espiritual, respaldar las creencias religiosas saludables, poner en tela de juicio las primicias no saludables, rezar con los pacientes (en casos muy selectos) y la interconsulta, remisión o tratamiento conjunto con los clérigos capacitados (3).

A un nivel global podemos ver una vasta diferencia entre los tratamientos en Oriente y Occidente, debido a las creencias espirituales determinantes. En Occidente, el monoteísmo y la importante influencia del individualismo han producido una gran resistencia a reconocer la espiritualidad en la enfermedad mental. En Oriente, las perspectivas son muy diferentes debido a la amplia aceptación del politeísmo y las creencias firmemente establecidas de que las causas de ansiedad y trastornos pueden de hecho ser de carácter espiritual. Desde luego, esto produce menos resistencia.

Pargament y Lomax acertadamente resaltan la necesidad de promover estudios más allá de la perspectiva occidental. En algunos países orientales, la espiritualidad y la religión son parte de la vida cotidiana y la religiosidad no se puede ignorar en el contexto del tratamiento. Como casi toda enfermedad física conlleva algunas creencias religiosas o la falta de las mismas, el tratar a un paciente sin abordar la religiosidad se consideraría un tratamiento incompleto.

En conclusión, al tratar de comprender la religión y su influencia en el enfermo mental, debemos plantear algunas preguntas. ¿Estamos haciendo justicia a nuestros pacientes si no abordamos la influencia religiosa en su presentación clínica? ¿Podemos capacitarnos para confrontar seriamente nuestra actitud de «tómalo con calma» hacia la influencia espiritual en el enfermo mental? La psiquiatría y la religión son los enemigos de ayer y los amigos olvidados de hoy día. ¿Cómo podemos, en el campo de la salud mental, encontrar una forma de llenar el vacío y reconocer que realmente funcionan paralelamente entre sí?

Bibliografía

1. Curlin FA, Odell SV, Lawrence RE et al. The relationship between psychiatry and religion among US physicians. *Psychiatr Serv* 2007;58:1193-8.
2. Neeleman J, King MB. Psychiatrists' religious attitudes in relation to their clinical practice: a survey of 231 psychiatrists. *Acta Psychiatr Scand* 1993;88:420-4.
3. Koenig HG. Religion and mental health: what should psychiatrists do? *Psychiatr Bull* 2008;32:201-3.

Religión y salud mental: ¿una espada de doble filo o una medicina que da vida?

DAVID GREENBERG

Herzog Hospital and Hebrew University, Jerusalem, Israel

Pargament y Lomax presentan la religión como una espada de doble filo: por un lado, consuelo, autorregulación, apoyo social, sentido y espiritualidad, por otra parte,

conflictos y violencia. En este comentario me gustaría analizar el significado de tal percepción para los religiosos y las repercusiones en los servicios de salud mental.

La actitud de los códigos religiosos hacia la repercusión de la vida religiosa se expresa claramente en la siguiente cita del Talmud Babilónico, un texto central del judaísmo ortodoxo: «Los rabinos enseñan: está escrito, “y tú debes poner las palabras de mi Torá en tus corazones” (Deuteronomio 11:18) y la palabra “debes poner” también significa “una medicina perfecta”; pues la Torá puede compararse con una medicina que da vida».

El efecto de la religión se percibe como enteramente positivo ¿Es esta una falta de comprensión? ¿Les resultarían ofensivas a los miembros de una religión las observaciones de Pargament y Lomax? ¿Cómo responderían a las afirmaciones específicas de los efectos y los conflictos y la suscitación de violencia motivada por la religión?

Durante los últimos tres decenios de brindar servicios de salud mental a la comunidad judía ultraortodoxa de Jerusalén, ha habido muchas oportunidades de considerar: ¿Es la religión una espada de doble filo o una medicina que da vida? La valoración de los antecedentes religiosos de nuevos pacientes remitidos nos ha permitido descubrir una presentación excesiva de judíos recientemente ortodoxos y llegamos a la conclusión al principio de que su cambio religioso había desencadenado su trastorno. Al revalorar los datos, no obstante, la mayoría tenía un antecedente de problemas de salud mental antes de cambiar de religión; el cambio desencadenó varios años de alivio y luego resurgieron los problemas previos (1).

Nuestra atención se enfocó luego en el trastorno obsesivo compulsivo (TOC). ¿Es el TOC más frecuente en esta población, fomentado por la demanda y los elogios concedidos al detallista? Los estudios epidemiológicos del TOC en una gama de culturas no han medido el grado de religiosidad, aunque los estudios urbanos frente a los rurales no indicaron que el TOC fuese más frecuente en las sociedades rurales más tradicionales que posiblemente eran más religiosas.

Al estudiar a pacientes ultraortodoxos con TOC observamos que el contenido

de los síntomas de TOC religioso era similar al de las poblaciones no religiosas. Así mismo, pese a la centralidad de la observancia religiosa en sus vidas, la mayoría tenía síntomas religiosos y no religiosos (2). Cuando se les preguntó si veían un vínculo entre su TOC y su religión, sus respuestas abarcaban toda la gama de posibilidades, desde culpar a su práctica religiosa o a sus educadores, hasta comprender que era su propio problema. «Me doy cuenta de que es mi problema, pues dice: «la Torá no se dio a los ángeles». La Torá es para los seres humanos falibles») y que si no fuesen religiosos, simplemente aparecería en una forma diferente. La impresión global es que la forma religiosa del TOC («escrupulosidad») no es causada por la religión, pero asume una forma religiosa que refleja el contenido y los valores de las vidas religiosas de quienes lo padecen (3).

El método ideal para abordar estas cuestiones es a través de estudios epidemiológicos a gran escala. Lamentablemente, la reticencia de la comunidad ultraortodoxa para participar en proyectos seculares y la tasa de renuencia consecutivamente alta condujeron a los organizadores de un estudio reciente en Israel a excluir a esta comunidad desde el principio (4).

La religión está basada en la creencia y las creencias, por definición, no tienen ninguna prueba objetiva. Las dudas en cuestiones de creencia religiosa son un componente normal de la adolescencia y de las primeras etapas de la adultez, que es el periodo de la vida en que las personas tienen más probabilidades de tener cambios religiosos, sea abandonar o aumentar su observancia religiosa (5). En una persona religiosa, las dudas religiosas crean ansiedad. A medida que los adolescentes llegan a la edad adulta, sus procesos cognitivos maduran y es probable que aprendan a tolerar la ambivalencia de la duda. Como tal, la duda es normativa. Al igual que con todos los procesos normativos, tiene una gama de expresiones y grados. Así mismo, la respuesta emocional a la duda es variada y estará influida por sucesos vitales

importantes, como la enfermedad mental grave, en la cual quien la padece puede encontrar consuelo en la religión, o preguntarse ¿por qué a mí? «¿Por qué Él creó un mundo con tales problemas?» que inevitablemente conducirán a dudas (6). Sin embargo, no está claro por qué la culpa por la capacidad humana para dudar se ha de poner a la puerta de la religión.

La violencia religiosamente motivada es problemática en el contexto actual. Las noticias mundiales diariamente aportan pruebas de que existe, de que raras veces es el acto de individuos sino de organizaciones y países que son motivados por creencias religiosas. Sin embargo, como lo han demostrado las masacres a gran escala en el último siglo esto no es la prerrogativa sólo de la religión. Como actos organizados y basados en ideologías, es una infortunada verdad que los servicios de salud mental para el individuo no tienen ningún rol en su prevención.

Bibliografía

1. Witztum E, Greenberg D, Dasberg H. Mental illness and religious change. *Br J Med Psychol* 1990; 63:33-41.
2. Greenberg D, Shefler G. Obsessive compulsive disorder in ultra-orthodox Jewish patients: a comparison of religious and non-religious symptoms. *Psychol Psychother* 2002;75:123-30.
3. Greenberg D, Huppert JD. Scrupulosity: a unique subtype of obsessive-compulsive disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2010;12:282-9.
4. Levinson D, Paltiel A, Nir M et al. The Israel National Health Survey: issues and methods. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2007;44:85-93.
5. Ozorak EW. Social and cognitive influences on the development of religious beliefs and commitment in adolescence. *J Sci Study Relig* 1989;28:448-63.
6. Webb M, Charbonneau AM, McCann RA et al. Struggling and enduring with God, religious support, and recovery from severe mental illness. *J Clin Psychol* 2011;67:1161-76.

Desentrañando las complejidades de la relación entre la religión y la psiquiatría

JUAN J. LÓPEZ-IBOR JR¹⁻⁵,
MARÍA INÉS LÓPEZ-IBOR^{2,3,5},
SARA GONZÁLEZ VIVES^{1,3,4},
JULIA GARCÍA-ALBEA^{1,3,4}

¹Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico San Carlos, Madrid; ²Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid; ³CIBERSAM, Madrid; ⁴Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital Clínico San Carlos, Madrid; ⁵Fundación Juan José López-Ibor, Madrid, España

Una de las consecuencias de la modernidad ha sido la separación entre ciencia y religión. Esta división ha tenido consecuencias positivas, como el progreso de la investigación científica y la separación de la iglesia y el estado en los países desarrollados. Por otra parte, la religión y la ciencia han comenzado a ignorarse o a despreciarse entre sí y esto ha tenido una repercusión sobre todo en la investigación y el ejercicio de la psiquiatría ya que esta disciplina se ocupa de las más «espirituales» de las enfermedades, las *Geisteskrankheiten* (literalmente, «enfermedades del espíritu y la mente»). La religiosidad a menudo se ha considerado como una manifestación de un trastorno mental o irrelevante para el ejercicio clínico.

El artículo de Pargament y Lomax es un resumen preciso y exhaustivo de las nuevas perspectivas sobre la relación entre la religión y las enfermedades mentales. Queremos resaltar aquí dos aspectos importantes.

El primero tiene repercusiones en el ejercicio cotidiano. Según Pargament y Lomax la religión simplemente es el idioma a través del cual se expresa la enfermedad mental. De hecho, los delirios en sí no sólo son un producto secundario de una enfermedad cerebral, sino la expresión de una tentativa de hacer frente de una manera significativa a las experiencias incomprensibles. Hace muchos años, Sarró (1) estudió con profundidad los temas de los delirios y llegó a la conclusión de que corresponden a los mitologemas descritos por antropólogos en los mitos antiguos y religiones. Asimismo,

Schneider (2) consideró los delirios de los estados depresivos graves como la expresión de los temores primitivos de los seres humanos: los temores a no poder tener la capacidad para sobrevivir, a caer enfermo o ser condenado por toda la eternidad. Al considerar las manifestaciones delirantes de los estados de conciencia anormales, llegamos a la misma conclusión (3): los temas coinciden con las preocupaciones interminables de los seres humanos (de dónde venimos, hay una nueva vida después de la muerte, por qué dos sexos, etc.). Lo que es patológico no es la preocupación, el tema del delirio, sino el hecho de que surja inoportunamente y fuera de contexto. En vista de esto, la presentación relativamente frecuente de contenido religioso en los delirios no debiera parecer sorprendente.

El segundo aspecto es uno más general y tiene que ver con el rol de la religión en el establecimiento de identidades individuales y colectivas y los peligros implícitos en este proceso e incluyen la violencia basada en la religión, los conflictos religiosos en uno mismo, con los demás y con lo divino. En tiempos recientes hemos considerado (4) el origen de la identificación desde una perspectiva antropológica. Según Lovaglia et al (5), la evolución humana es la consecuencia de las presiones desencadenadas por la xenofobia entre los primates en los últimos millones de años. Esta xenofobia se manifiesta en ataques mortales contra individuos de otros grupos de la misma clase de primates. Las consecuencias inmediatas son los conflictos intergrupales y la cooperación intragrupal. Según la teoría de la identidad social (6), el sentido del yo depende de la identificación con un grupo. Una vez que se ha producido la identificación, los individuos atribuyen características placenteras y agradables a los miembros del grupo y características repulsivas y desagradables a los individuos ajenos al grupo. La religión puede intervenir en este proceso pero sólo como uno de los múltiples posibles elementos. La xenofobia puede incluso orientarse hacia el cuerpo y los demonios que vienen con él: por ejemplo,

la anorexia nerviosa puede interpretarse como un trastorno de la identidad basado en el deseo de dominar y subyugar al cuerpo (ascetismo) y, por tanto, como una enfermedad sagrada.

El artículo de Pargament y Lomax debiera ser bien recibido como una contribución muy importante al esclarecimiento de la relación compleja entre la religión y las enfermedades mentales. Otras iniciativas que valen la pena de mencionar son las de la Sección sobre Religión, Espiritualidad y Psiquiatría de la WPA (www.religionandpsychiatry.com), la publicación de la WPA, *Psychiatry and Religion: Beyond Boundaries* (7), y el *Handbook of Religion and Health* (8). También se ha notado un interés creciente en el aspecto religioso de los temas relativos a la psiquiatría. La cátedra de López-Ibor en Estudios Místicos y Salud mental fundada por la Orden de los Carmelitas, en Ávila (España) es un buen ejemplo (www.citesavila.org; www.fundacionlopezibor.es).

Bibliografía

1. Mediavilla Sánchez JL. Mito y delirio. Cartas de Ramón Sarró. Oviedo: KRK, 2001.
2. Schneider K. Clinical psychopathology. New York: Grune and Stratton, 1959.
3. García Albea J, González Vives S, Tejeira C et al. Psicosis inducidas por estados excepcionales de conciencia. *Actas Esp Psiquiatr* (in press).
4. López-Ibor JJ, Ortiz T, López-Ibor MI. Perception, experience and body identity. *Actas Esp Psiquiatr* 2011;39(Suppl. 3):113-8.
5. Lovaglia MJ, Barron C, Houser JA. Social development and human evolution: managing the in-group boundary. *Theory Workshop* 2003;31.
6. Hogg MA, Terry DJ, White KM. A tale of two theories: a critical comparison of identity theory with social identity theory. *Soc Psychol Q* 1995;58:255-69.
7. Verhagen PJ, van Praag HM, López-Ibor JJ et al (eds). *Psychiatry and religion: beyond boundaries*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010.
8. Koenig HG, King DE, Carson VB (eds). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press, 2012.

Un tema «complejo» pide una directriz clara

PETER J. VERHAGEN

GGZ Centraal, Harderwijk, the Netherlands; WPA Section on Religion, Spirituality and Psychiatry

Pargament y Lomax dieron un espléndido servicio a los lectores de *World Psychiatry* y a la comunidad de la WPA con su artículo exhaustivo y ordenado. Se las arreglaron en despejar el camino para un análisis apropiado y un estudio innovador y acción hacia la formación, la educación médica continuada y el ejercicio clínico. Claramente su intención no es provocar o fastidiar entrometiéndose con nadie. Su punto de vista es equilibrado, sin galas y por tanto se puede y se debe leer detalladamente. Y de hecho, los datos empíricos son evidentes por sí mismos.

No obstante, el tema es complejo, según lo indicó la sutileza del título de este foro. ¿Por qué es este el caso? ¿No son estos datos tan autoevidentes como lo supongo? Desde luego, como los autores lo explican brevemente, la relación entre la psiquiatría y la religión tiene una historia conflictiva. Sin embargo, el campo se está desplazando, señalan, a «una comprensión más matizada de la religión», con respecto a las fuerzas promisorias y nocivas que pueden tener las creencias religiosas y espirituales.

A menudo es alentador ser optimista y tener expectativas positivas, como las que los autores parecen tener, pero creo que los efectos secundarios de esa historia conflictiva siguen siendo una cuestión inquietante. El tema de «psiquiatría y religión» todavía (¿y sólo?) es subrayado por académicos destacados que están bajo sospecha involucrarse mucho en la fe o en alguna tradición espiritual. En otras palabras, se supone que tienen un conflicto de intereses y por tanto sus contribuciones básicamente se etiquetan como basadas en opinión. Pese a la evidencia proporcionada por la investigación, la relevancia clínica de los datos todavía es debatida. Por tanto, todo el tema «psiquiatría y religión» se percibe como una amenaza para los límites terapéuticos apropiados en el ejercicio clínico (1,2).

Varios colegas luchan con la espada de doble filo de la religión. Vacilantes

como están, admiten que la religión y la espiritualidad podrían ser útiles para algunos pacientes, pero al mismo tiempo tienden a subrayar los efectos negativos y dañinos, provocadores de sentimientos de culpa que han presenciado a través de los años.

Dada esta situación «compleja», la WPA podría dar una directriz. Según la Sección sobre Religión, Espiritualidad y Psiquiatría de la WPA, sería un logro importante si la WPA lo hiciera. En 2006, esta Sección de la WPA y el Grupo de Interés Especial en la Psiquiatría y la Espiritualidad del *UK Royal College of Psychiatrists* comenzó a trabajar en una declaración que definiría la perspectiva de la WPA en torno a «psiquiatría y religión» en el ejercicio psiquiátrico, la investigación y la capacitación en todo el mundo. Una primera versión de esta declaración se publicó en un libro de la WPA (3). Mientras tanto, el grupo de interés especial continuó su trabajo dentro del Royal College y en agosto de 2011 se aprobó una declaración de postura (4).

¿Vale la pena prestar tal atención al tema? La sección de la WPA considera que va acorde con los propios criterios de la WPA. El estudio de Pargament y Lomax respalda este punto de vista. En primer lugar, el tema es relevante para el desarrollo subsiguiente de la psiquiatría en todo el mundo. La transformación de la religión en vez de su desaparición y el lugar que ocupa la espiritualidad son importantes para la psiquiatría. Es necesario un impulso renovado para la investigación empírica y conceptual sobre la diferenciación entre las experiencias religiosas y espirituales, por una parte, y los fenómenos patológicos, por la otra. La religión y la espiritualidad pueden romperse, pero no pueden considerarse en sí mismas como estados patológicos (5). Además, es necesaria la investigación sobre la importancia y eficacia de las prácticas curativas religiosas y espirituales en todo el mundo. Existen diferencias importantes en la forma en que se abordan, interpretan y evalúan estas prácticas, lo que depende de los contextos culturales y subculturales, los valores y las fuentes. En segundo lugar, la importancia del tema está respaldada por

una cantidad exhaustiva de evidencia empírica, aunque los profesionales de la salud mental, los psiquiatras en concreto, a menudo no están al tanto de esta evidencia. La capacitación psiquiátrica debiera actualizarse a fin de hacer que los psiquiatras estén dispuestos a reajustar su actitud y a profundizar su conocimiento. En tercer lugar, el tema es relevante para la salud mental como un tema político y público y posiblemente para obtener una gran visibilidad por parte del público. En cuarto lugar, el tema es congruente con la tendencia a un ejercicio clínico más personalizado y la atención creciente a los aspectos transculturales de la psiquiatría. Si es verdad que las necesidades individuales son el punto focal de la atención clínica y tienen que comprenderse en su contexto cultural, entonces no se puede ignorar la dimensión de la religión y la espiritualidad. Así, pues, la falta de una declaración sobre el tema puede ser perjudicial para la psiquiatría y para los pacientes psiquiátricos.

Por todos estos motivos, la Sección sobre Religión, Espiritualidad y Psiquiatría de la WPA mantiene el punto de vista de que el tema de psiquiatría y religión es de interés para la psiquiatría en todo el mundo y que en consecuencia una declaración merece prioridad. Le pedimos a la WPA que asuma este liderazgo.

Bibliografía

1. Poole R, Higgs R. Spirituality and the threat to therapeutic boundaries in psychiatric practice. *Mental Health Religion & Culture* 2011;14:19-29.
2. Verhagen PJ. Controversy or consensus? Recommendations on psychiatry, religion and spirituality. *Asian J Psychiatry* 2012;5:355-7.
3. Verhagen PJ, Cook CCH. Epilogue: Proposal for a World Psychiatric Association consensus or position statement on spirituality and religion in psychiatry. In: Verhagen PJ, Van Praag HM, López-Ibor JJ et al (eds). *Religion and psychiatry. Beyond boundaries*. Chichester: Wiley-Blackwell, 2010:615-31.
4. Royal College of Psychiatrists. Recommendations for psychiatrists on spirituality and religion. www.rcpsych.ac.uk.
5. Sims A. Is faith delusion? *Psyche Geelof [Psyche Faith]* 2011;22:64-71.

¿Cuándo la depresión se convierte en un trastorno? Utilización de las tasas de recidiva para evaluar la validez de los cambios propuestos en los umbrales diagnósticos de la depresión mayor

JEROME C. WAKEFIELD^{1,4}, MARK F. SCHMITZ^{3,5}

¹Silver School of Social Work, New York University, 1 Washington Square North, New York, NY; ²Department of Psychiatry, School of Medicine, New York University, New York, NY; ³InSPIRES (Institute for Social and Psychiatric Initiatives—Research, Education and Services), New York University, New York, NY; ⁴Division of Clinical Phenomenology, Department of Psychiatry, Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York, NY; ⁵School of Social Work, Temple University, Philadelphia, PA, USA

Las estimaciones de la alta prevalencia en la población del trastorno depresivo mayor (TDM) definido según el DSM han llevado a propuestas para elevar el umbral diagnóstico del TDM a fin de distinguir con más validez entre el trastorno y la tristeza normal. Sin embargo, tales propuestas carecen de validación empírica. Utilizamos las tasas de recidiva de TDM del estudio longitudinal Área de Captación Epidemiológica en la ronda 2 n objeto de valorar la validez previsible de tres propuestas para reducir el diagnóstico de TDM: a) excluir los episodios «no complicados» (es decir, episodios que duran no más de dos meses y que no incluyen ideación suicida, ideación psicótica, retraso psicomotor o sentimientos de desvalía); b) descartar episodios leves (es decir, episodios que sólo se manifiestan por cinco a seis síntomas) y c) descartar los episodios no melancólicos. Para cada propuesta utilizamos los diagnósticos de TDM en el curso de la vida de la ronda 1 a fin de distinguir el grupo propuesto para exclusión de otros TDM y de personas sin antecedente de TDM. Luego comparamos las tasas de TDM a un año en tres grupos en la ronda 2. Se consideró que una propuesta estaba respaldada si en la ronda 2 la tasa de TDM en el grupo excluido no era significativamente más baja que la tasa de otros TDM pero tampoco significativamente mayor que el grupo sin antecedente de TDM. Los resultados indicaron que los tres grupos excluidos tenían tasas de recidiva significativamente más bajas que otros TDM (no complicado frente a complicado: 3,4% frente a 14,6%; leve frente a grave: 9,6 frente a 20,7%; no melancólico frente a melancólico: 10,6% frente a 19,2%, respectivamente). Sin embargo, sólo la tasa de recidiva de TDM no complicado tampoco fue significativamente mayor que la tasa de recidiva de TDM para el grupo sin antecedente de TDM (3,4% frente a 1,7%, respectivamente). Esta baja tasa de recidiva se debió a una interacción entre la duración no complicada y los criterios de síntomas. El TDM no complicado de múltiples episodios no comprendió un aumento significativo de la recidiva con respecto a los casos de un solo episodio (3,7% frente a 3,0%, respectivamente). Los síntomas de ansiedad general por TDM no complicados, la duración transitoria y la falta de incremento de recidiva parecen indicar que en general representan una tristeza intensa no patológica que se debe abordar en las directrices de tratamiento y considerarse para la exclusión en el diagnóstico de TDM a fin de aumentar la validez de los límites entre el TDM y la tristeza normal.

Palabras clave: Depresión mayor, recidiva, depresión no complicada, diagnóstico, validez, gravedad, depresión melancólica.

(*World Psychiatry* 2013;12:44–52)

Establecer un límite diagnóstico válido entre el trastorno depresivo mayor (TDM) frente a la tristeza normal intensa o el trastorno de adaptación leve que generalmente no precisa intervención ha resultado difícil. El problema es que las reacciones no patológicas a las pérdidas importantes y a los factores estresantes conlleva muchos de los mismos síntomas de ansiedad general que el trastorno depresivo (1,2).

Los criterios diagnósticos descriptivos del TDM en el DSM según los cuales son necesarios cinco de nueve síntomas durante dos semanas, originalmente fueron formulados para distinguir los trastornos depresivos de otros trastornos mentales en poblaciones muy graves con fines de investigación (3). No existe una fundamentación empírica de los límites actuales para distinguir entre el trastorno y la angustia normal en las poblaciones (4,5). Las inquietudes profesionales y del público en torno a la validez de los criterios del TDM han sido desencadenadas por las estimaciones espectacularmente crecientes de la prevalencia en la población del TDM especificado en el DSM a medida que mejora la metodología de los estudios epidemiológicos, desde un 2% a un 3% hace algunos decenios (6) hasta las estimaciones actuales de la mitad o más de todos los individuos que cumplen los criterios durante el curso de la vida (7-9). Este dilema diagnóstico adopta una importancia adicional en una época de mayor detección de la depresión en escuelas y en consultorios de médicos, lo que hace que la validez de

los criterios diagnósticos sea pertinente para toda la población, no sólo para quienes acuden a tratamiento.

En vista de estas inquietudes, algunos investigadores en el campo de la depresión aducen que el umbral diagnóstico actualmente establecido mediante los criterios del DSM para el TDM es muy bajo, lo que genera diagnósticos positivos falsos que clasifican incorrectamente un número considerable de individuos con tristeza normal como portadores de TDM (2,10-12). Sin embargo, las propuestas específicas para aumentar el umbral diagnóstico del TDM continúan sin respaldo por la evidencia empírica persuasiva en torno a la validez.

Cristalizando la necesidad de un enfoque científico a la cuestión de los límites del TDM, Maj (13,14) recientemente instó a los investigadores en el campo de la depresión a llevar a cabo la difícil tarea de establecer una respuesta de base empírica a la interrogante ¿cuándo la depresión se convierte en un trastorno mental? Respondemos a la instancia de Maj mediante la valoración empírica de la validez previsible de tres señalamientos derivados de la literatura para reducir la categoría de la depresión mayor, a saber: a) extender el «luto como criterio de exclusión» del DSM-IV (15) a todo TDM y por tanto descartar del diagnóstico de TDM todos los episodios «no complicados» (es decir, episodios que no duran más de dos meses y que carecen de ideación suicida, síntomas psicóticos, retraso psicomotor y sentimientos de inutilidad); b) excluir todos los episodios leves (es decir, episodios que sólo cursan con cinco o

seis síntomas) del diagnóstico de TDM; y c) equiparar el TDM con la depresión melancólica, y por tanto excluir del diagnóstico toda depresión que no sea melancólica.

Para valorar estas propuestas, analizamos la tasa de recidiva como un criterio de validación previsorio del trastorno. Ninguna variable individual permite resolver por completo la cuestión de dónde ubicar el umbral diagnóstico entre la tristeza normal y el TDM para evitar óptimamente diagnósticos positivos falsos y a la vez evitar los negativos falsos. Sin embargo, las tasas de recidiva considerablemente elevadas son características del TDM en muestras clínicas y de la población (16-23), lo que justifica la conceptualización normal del TDM como un trastorno episódico y crónico (24-26) para el cual la prevención de la recidiva es una meta de tratamiento importante (25,27-29). Así mismo, la recidiva suele interpretarse como el principal indicio que permite inferir que existe una disfunción latente que genera una y otra vez los síntomas de TDM y por tanto que constata la presentación de un trastorno más que una respuesta emocional normal (16,30).

En este estudio valoramos dos indicadores progresivamente más sólidos de que la recidiva de un grupo difiere del TDM normal. En primer lugar, analizamos si los subgrupos de TDM propuestos para la exclusión tienen tasas de recidiva más bajas que otros TDM, lo que indica una diferencia en la clase de trastorno que merece una investigación adicional. En segundo lugar —y de una manera mucho más estricta— analizamos si los grupos tienen tasas que no están significativamente elevadas con respecto a la presentación del TDM en la población general, lo que cuestionaría la existencia del trastorno. Se sabe que muchas variables pronostican diferencialmente las tasas de recidiva de TDM más bajas (16-18,20). Sin embargo, ningún estudio ha identificado un subgrupo considerable de TDM que no tenga un incremento del riesgo de recidiva por arriba de los niveles de riesgo de la población general, con la excepción limitada de la depresión relacionada con el luto no complicado (23,31). La falta de incremento de la recidiva se contrapone a la caracterización normal del TDM como un trastorno muy recidivante en el cual el final del episodio depresivo significa «restablecimiento del episodio, no de la enfermedad en sí» (30). Muy aparte de los problemas de los límites diagnósticos, las variables que indican la falta de tasas de recidiva elevadas o tasas considerablemente más bajas tendrían potencial importancia para los profesionales clínicos al valorar el pronóstico, evaluar el cociente riesgo/recompensa de los tratamientos que tienen posibles efectos secundarios negativos y determinar cuál es el momento oportuno para concluir el tratamiento.

MÉTODOS

Muestra

Al valorar las propuestas para revisar el umbral de TDM revisamos datos de la población longitudinal del estudio Área de Captación Epidemiológica de la ronda 2 (ECA, 32). Seleccionamos la serie de datos del ECA para este análisis en virtud de que es la única serie de datos longitudinal estadounidense nacionalmente representativa en la actualidad disponible a nivel público con la información necesaria para llevar a cabo los análisis del estudio.

El muestreo y la obtención de datos del ECA se describen ampliamente en otras publicaciones (32). En breve, los infor-

mantes (de 18 a 98 años de edad) en cinco lugares muestreados (Baltimore, Durham, Los Angeles, St. Louis y New Haven) fueron entrevistados personalmente en dos ocasiones, a un intervalo aproximado de 12 meses (rondas 1 y 2) entre 1980 y 1985. Se obtuvieron datos diagnósticos del DSM-III durante el curso de la vida y a un año (33) en las dos rondas. Nuestra muestra analítica comprende sólo casos con respuestas válidas en las dos rondas ($n = 18.943$). Los datos fueron ponderados para explicar la selección y los efectos de no respuesta y para equiparar las distribuciones en cuanto a edad, género sexual y raza en el censo estadounidense de 1990, a fin de obtener estimaciones representativas a un nivel nacional.

Depresión mayor

En el presente estudio se compara a los informantes del ECA sin antecedente de TDM en la ronda 1 ($n = 18.239$; 52,1% mujeres, 68,1% blancos; 68,2% con nivel de escolaridad secundaria o más; promedio de edad: 43,0 años) con diversos subgrupos de pacientes sin antecedentes de TDM en la ronda 1 ($n = 704$; 73,3% mujeres; 77,9% blancos; 81,5% con nivel de escolaridad secundaria o más; edad promedio: 37,0 años).

Los criterios diagnósticos de TDM basados en el DSM-III del ECA establecen como requisito haber presentado alguna vez tristeza durante dos semanas o más que se acompaña de un mínimo de otros cuatro síntomas. Se excluyeron los síntomas debidos a lesión física o a la utilización de drogas, fármacos o alcohol. También se excluyeron episodios psicóticos y orgánicos. Además, el estudio ECA garantiza la importancia clínica al precisar que cada síntoma debe ser adecuadamente grave, lo cual se define como uno que se comunicó al médico o a otro profesional, la administración de medicación en más de una ocasión por el síntoma o la interferencia considerable del síntoma en la vida o en las actividades. Este requisito, que se basa bastante en la búsqueda de ayuda profesional, es más exigente que el requisito de importancia clínica del DSM-IV de angustia o alteración del funcionamiento, el cual tiene escasa repercusión en la prevalencia (34-36). Por consiguiente, cabe esperar que la muestra del ECA sea más grave que la muestra definida por el DSM habitual.

El ECA también estableció un requisito de gravedad sindrómica que es básicamente idéntico al requisito de síntoma en lo que respecta a que se basa bastante en la búsqueda de ayuda pero se aplicó al síndrome global. Suspendimos el requisito de gravedad del síndrome pues en gran parte era redundante con el requisito de gravedad del síntoma ya exigido y desplaza la muestra aun más hacia una dirección de mayor gravedad. La suspensión del criterio de gravedad del síndrome incrementó moderadamente el tamaño de la muestra de TDM desde 945 hasta 1.065.

En los estudios previos en que se ha intentado analizar la trayectoria de la depresión a veces no se ha logrado distinguir entre la recidiva y la cronicidad como explicaciones del TDM en la entrevista de seguimiento, debido a la falta de información sobre la evolución entre las entrevistas (16,37). Puesto que nuestro interés fue específicamente medir la recidiva del TDM en la ronda 2 en pacientes con TDM que remitió en el curso de la vida en la ronda 1, nos aseguramos de una muestra apropiada descartando la muestra analítica de TDM en todos los casos en los cuales el informante comunicó presentar un episodio persistente en el periodo de la entrevista de la ronda 1.

La eliminación de los casos persistentes en la ronda 1 redujo el tamaño de nuestra muestra de TDM primaria de 1.065 a 704.

Propuestas de exclusión primaria a valorar

Las principales ideas para reducir el alcance del TDM que se valoran en el presente estudio fueron: a) excluir los episodios «no complicados» (es decir, episodios que no duran más de dos meses y que no incluyen ideación suicidas, ideación psicótica, retraso psicomotor o sentimientos de inutilidad); b) descartar episodios leves (es decir, episodios que sólo producen cinco a seis síntomas) y c) descartar los episodios no melancólicos.

Al valorar cada una de estas propuestas, se clasificaron múltiples casos de episodios conforme a la clasificación del peor episodio del individuo sobre el cual contábamos con datos detallados. Esto se basó en la suposición de que si el peor episodio era no complicado, o leve, o no melancólico, entonces era improbable que los otros episodios del individuo fuesen complicados, graves o melancólicos, respectivamente, porque esos por lo general se considerarían peores.

Depresión no complicada

Esta propuesta extiende a todo TDM potencial la exclusión de episodios «no complicados» que el DSM en la actualidad aplica sólo a la depresión relacionada con el luto en la «exclusión de luto como criterio diagnóstico» (criterio E del episodio de depresión mayor). La exclusión como un episodio no complicado precisa una duración breve (no más de dos meses) y que no se presenten cuatro síntomas específicos (retraso psicomotor, ideación suicida, ideación psicótica, sentido de inutilidad) identificados por el DSM como «no característicos» de la tristeza normal.

Por consiguiente, los episodios de TDM no complicados comprenden sólo síntomas de «angustia general» que son frecuentes en las reacciones normales al estrés, como tristeza, insomnio, pérdida del interés en las actividades habituales, disminución del apetito y dificultad para concentrarse. Se crearon los criterios «no complicados» para distinguir la gama normal de episodios de trastorno depresivo durante el luto (38,39) y la propuesta a valorar es que la distinción se ha de extender al TDM en general (40). El DSM-IV también especifica que, para que se descarte como no complicado, un caso debe carecer de una alteración notable. No pudimos incluir esta característica en nuestros criterios debido a la falta de datos apropiados, por la forma en que las preguntas sobre la gravedad en el ECA se estructuraron con saltos. Esta desviación del DSM-IV aumenta las dificultades de apoyar la hipótesis de «no complicado», pues permite que los episodios con alteración más notable —y por tanto con más probabilidad de trastorno y recidiva— califiquen como excluidos. Sin embargo, esta limitación es compatible con la aspiración de la ICD y el DSM de separar la alteración de rol del diagnóstico de trastorno.

TDM leve (con pocos síntomas)

Se ha recomendado que se aumente el umbral de TDM a siete síntomas con respecto a los cinco actuales (41,42) «para disminuir el riesgo de «diagnóstico excesivo» o de patologizar la depresión “normal” o tristeza». Esta propuesta está respaldada por los hallazgos en el curso de los años que parecen indicar

una discontinuidad entre los episodios de TDM con cinco a seis y siete a nueve síntomas (4,5,43,44). Como lo señala Maj (13), «cuando se ha comunicado un punto de rareza, por lo general ha correspondido a un umbral más alto que el establecido por el DSM-IV». Es más, estudios previos parecen indicar que la gravedad de la forma o el número de síntomas pronostica la recidiva (16,18).

Consideramos que una exclusión más reducida podría generar mejores resultados. En consecuencia, también valoramos una propuesta variante para excluir sólo casos con cinco síntomas, estableciendo el umbral de TDM en seis síntomas.

TDM no melancólico

La tercera propuesta es restringir el TDM a la categoría tradicional de la depresión melancólica, considerada por mucho tiempo la forma por antonomasia del trastorno depresivo y que a menudo es abordada en el desarrollo de la escala de la depresión y en la investigación (45). El resto de lo que en la actualidad llamamos depresión se concebiría como otras formas diversas de disforia (por ejemplo, «En realidad, la no melancolía es una mezcla de disforia, ansiedad y carácter depresivo» (45)). Maj (13) analiza algunas investigaciones que indican que hay «un subtipo de TDM que a grandes rasgos se corresponde con la depresión mayor con melancolía del DSM-IV. Que puede ser cualitativamente diferente de la tristeza normal» y aduce que la melancolía merece más análisis al reconsiderar los límites entre lo normal y el trastorno.

El ECA no definió la depresión melancólica y no contiene todas las preguntas sobre síntomas pertinentes al diagnóstico de depresión melancólica según el DSM. Como una aproximación, definimos la depresión melancólica como aquella en la que los episodios comprendían tres o más de una lista de cinco apartados de síntomas parecidos a la melancolía, a saber; fatiga («se siente agotado todo el tiempo»), retraso psicomotor («hablaba o se movía con más lentitud de lo que es normal para usted»); agitación («tenía que estarse moviendo siempre, es decir, no podía estar tranquilo y se movía de un lado a otro?»); disminución del interés por el sexo («su interés en el sexo era mucho menor que el habitual); y lentificación del pensamiento («sus pensamientos se producían con más lentitud que lo habitual o parecían mezclados»). La depresión no melancólica se definió como cualquier caso de TDM que tuviese menos de tres síntomas melancólicos.

Consideramos que una exclusión más estrecha podía generar mejores resultados. Por consiguiente, también valoramos una propuesta variante para excluir sólo los casos con menos de dos síntomas melancólicos, estableciendo el umbral para la depresión melancólica en dos síntomas melancólicos más que en tres.

Procedimiento para valorar la hipótesis

Valoración de las hipótesis primarias

Utilizamos los diagnósticos de TDM en el curso de la vida en la ronda 1, para cada una de nuestras cinco propuestas (es decir, las tres propuestas primarias más las dos variantes más reducidas), identificamos el subgrupo de TDM propuesto para la exclusión, todos los demás TDM y aquellos sin ningún antecedente de TDM. Luego comparamos las tasas de recidiva o

presentación de TDM a un año en la ronda 2 (un año más tarde) para estos tres grupos de la ronda 1 y valoramos las diferencias en las tasas de significación.

Consideramos que una propuesta para excluir un subgrupo de TDM no se confirmaba si la tasa de recidiva en la ronda 2 del subgrupo no era significativamente diferente de la tasa para los otros TDM; se confirmaba débilmente como susceptible de más exploración si la tasa de recidiva del subgrupo era significativa y considerablemente más baja que la tasa para otros TDM; y se respaldaba sólidamente si el subgrupo tenía una tasa de recidiva que no fuese significativamente más baja que la tasa de recidiva para otro TDM pero tampoco significativamente más alta que la tasa de recidiva de TDM a un año en la ronda 2 para quienes no habían tenido un antecedente previo de TDM en la ronda 1.

Análisis de componentes de la «depresión no complicada»

En un análisis a posteriori valoramos si los resultados de la «depresión no complicada» se debían sólo a uno de los dos criterios (síntomas breves, no característicos) o a una interacción entre los dos. Para analizar esta cuestión, recalculamos por separado los resultados de la recidiva para los dos componentes.

Incremento del límite de duración «no complicado» a seis meses

Datos recientes en torno a la depresión relacionada con el luto (31,46,47) indican que el umbral actual de duración de dos meses según el DSM-IV para los episodios no complicados puede ser muy bajo y que pueden existir umbrales más válidos con duraciones más prolongadas. En un análisis a posteriori, valoramos si nuestros resultados para el TDM no complicado se conservaban cuando el umbral de duración se prolongaba a seis meses.

Reanálisis utilizando la muestra de TDM del ECA no ajustada

Como se señaló, realizamos dos cambios a los criterios diagnósticos del ECA al obtener nuestra muestra: eliminamos los casos que comunicaban episodios persistentes en la ronda 1 y suspendimos el requisito de gravedad a nivel de síndrome. Dada la inquietud de que estos cambios inadvertidamente podrían haber introducido un sesgo en los resultados, reanalizamos los datos utilizando la muestra de TDM del ECA no ajustada, aplicando el requisito de la gravedad del síndrome de ECA e incluyendo los casos de TDM con episodios persistentes en la ronda 1. Esto aumentó nuestra muestra de TDM de 704 a 945 casos. Se esperaba que los dos cambios inflasen las tasas de recidiva de subgrupos propuestos para exclusión, aumentando las dificultades de confirmar las propuestas de exclusión.

Recidiva en casos de múltiples episodios frente a episodios únicos

Analizamos si el hallazgo frecuente en la bibliografía de que los casos con múltiples episodios pronostican una recidiva más frecuente era aplicable a nuestra muestra y era similar en casos de TDM no complicados y otros más.

Análisis estadístico

Todos los datos fueron ponderados y ajustados con respecto al diseño de la muestra para aproximarse a una muestra representativa de la población estadounidense. En los análisis estadísticos se utilizaron los procedimientos de estimación de encuestas de Stata 12, que calculan los coeficientes ponderados y utilizamos la linealización de series de Taylor para calcular los errores estándar (48).

Como planteamos en la hipótesis de las direcciones específicas de las relaciones valoradas, los análisis comprendieron pruebas de la *t* unilateral de la significación estadística en diferencias medias para el porcentaje de los informantes que comunicaron TDM a un año en la ronda 2, entre las diferentes categorías de casos.

RESULTADOS

Valoración de cinco propuestas para reducir el alcance del TDM utilizando la recidiva como un factor de validación. Sólo una propuesta, para excluir el TDM no complicado, pasó nuestra prueba más estricta. En los pacientes con TDM no complicado en el curso de la vida en la ronda 1, la probabilidad de recidiva de TDM en la ronda 2 fue de un 3,4%, la cual no fue significativamente mayor que la probabilidad de recidiva de TDM a un año en la ronda 2 en aquellos sin ningún antecedente de TDM en la ronda 1 (1,7%) y fue significativamente más baja que la tasa de recidiva en la ronda 2 de todos los demás TDM (14,6%) (tabla 1).

Las propuestas para excluir casos leves (definidos como TDM con cinco a seis síntomas o en una variante más reducida como un TDM de cinco síntomas) y los casos no melancólicos (definidos como la presentación de no más de dos síntomas de melancolía o en una variante más reducida como la presentación de no más de uno) no pasaron esta prueba estricta (tabla 1). Esto se debió a que las tasas de recidiva para estos grupos excluidos propuestos (fluctuando de un 8,8% a un 10,6%) fueron en todos los casos significativamente más altas que la tasa de recidiva en aquellos sin antecedente de TDM (1,7%). Sin embargo, las tasas de recidiva para estos grupos en todos los casos fueron significativa y considerablemente más bajas que las tasas de recidiva para otros TDM (fluctuando de un 14,9% y un 20,7%), y por tanto, estas propuestas justifican más evaluación para determinar las repercusiones en torno a los límites del TDM.

Análisis de componentes de la «depresión no complicada»

Exploramos si la confirmación de la hipótesis «no complicada» se debió a sólo uno de los dos criterios (duración breve, síntomas característicos) o una interacción entre los dos componentes. Aunque el TDM no complicado ($n = 88$) tuvo una tasa de recidiva del 3,4%, los casos breves ($m = 326$) tuvieron una tasa de recidiva del 12,6% y los casos que carecían de síntomas no característicos ($n = 153$) tuvieron una tasa de recidiva del 7,3% (tabla 2). Las dos tasas de los componentes fueron significativamente más altas que el grupo sin antecedentes de TDM. Claramente, el resultado espectacular para el TDM no complicado según el cual la tasa de recidiva no es más alta que la tasa de TDM en la población general se debe a una interacción y tanto la duración como los requisitos de los síntomas contribuyen a este resultado.

Tabla 1. Tasas de recidiva de tres subgrupos propuestos para la exclusión de TDM, comparada con las tasas de recidiva de individuos sin antecedente de TDM y tasas de recidiva de otros TDM (no excluidos)

Subgrupo de TDM propuesto para exclusión	Tasa de recidiva del subgrupo	¿Es la tasa de recidiva del subgrupo diferente de la tasa del grupo sin antecedente de TDM = 1,7% (1,4% a 1,9%), [n = 18.239]?	Tasa de recidiva para todos los demás TDM (excepto el subgrupo)	¿Es la tasa de recidiva del subgrupo diferente a la tasa de recidiva para todos los otros TDM?
Uncomplicated (brief and no psychomotor retardation, suicidal ideation, or felt worthless/guilty)	3.4 (2 0.4, 7.1) [n=88]	No diferente de los que no tienen antecedente	14.6 (11.3, 17.9) [n=616]	Diferente de otros TDM
Low-symptom (five to six MDD symptom groups)	9.6 (6.6, 12.6) [n=487]	Diferente de los que no tienen antecedente	20.7 (14.1, 27.3) [n=217]	Diferente de otros TDM
Narrowed low-symptom (five MDD symptom groups)	8.8 (5.6, 11.9) [n=310]	Diferente de los que no tienen antecedente	16.2 (11.9, 20.4) [n=394]	Diferente de otros TDM
Nonmelancholic (at most two melancholic symptoms)	10.6 (7.3, 13.9) [n=530]	Diferente de los que no tienen antecedente	19.2 (12.8, 25.6) [n=201]	Diferente de otros TDM
Narrowed nonmelancholic (at most one melancholic symptom)	10.4 (5.2, 15.7) [n=279]	Diferente de los que no tienen antecedente	14.9 (11.3, 18.4) [n=425]	Diferente de otros TDM

Diferencias significativas entre los grupos valorados utilizando la prueba de la t unilateral, $p < 0,05$.

Reanálisis de la propuesta de «TDM no complicado» con límite de duración de seis meses

Basándonos en los estudios previos, planteamos la hipótesis de que el incrementar el criterio de duración para el «episodio no complicado» a seis meses no modificaría los resultados de las comparaciones de las tasas de recidiva. Se confirmó esta predicción. Cuando se permitió la duración del episodio no complicado hasta seis meses, el número de casos no complicados se incrementó casi 38% hasta 121 casos y no obstante los resultados de las comparaciones de la recidiva permanecieron iguales. La tasa de recidiva para los casos no complicados todavía no fue significativamente diferente a la de los casos sin antecedente de TDM (5,7% frente a 1,7%) y fue significativamente más baja que otros TDM (14,7%).

Reanálisis utilizando la muestra de TDM de ECA no ajustada

Para verificar si los ajustes que hicimos a los criterios del TDM del ECA podrían haber sesgado inadvertidamente los resultados a nuestro favor, repetimos los análisis de recidiva utilizando la muestra de TDM del ECA sin ajuste. Los resultados de las comparaciones (no mostrados) fueron idénticos a los resultados de nuestros análisis primarios. De nuevo, una vez más sólo el TDM no complicado ($n = 95$) pasó nuestra prueba más estricta como una variante potencial de tristeza normal. El TDM no complicado tuvo una tasa de recidiva no ajustada que no fue significativamente diferente a la tasa de recidiva del grupo sin antecedente de TDM y que fue significativamente más baja que la tasa de otros TDM (1,7%, 5% y 17,3%, respectivamente). Todos los demás subgrupos propuestos para exclusión tuvieron tasas de recidiva (intervalo de 7,2% a 10,3%) significativamente más altas que la tasa de 1,7% para aquellos sin antecedente de TDM pero significativamente más baja que otros casos de TDM (intervalo 17,7% a 19,1%).

Puesto que este análisis de la recidiva de TDM de la ronda 2 incluyó casos que implicaron un episodio de TDM persistente

en la ronda 1, en efecto evalúa una combinación de recidiva y cronicidad. Esta prueba expandida todavía genera el mismo veredicto de que el TDM no complicado no es diferente de ningún antecedente de TDM pero es muy diferente de otros TDM.

Recidiva en casos de un solo episodio frente a casos de múltiples episodios

Muchos estudios indican que los casos de TDM de múltiples episodios pronostican una recidiva considerablemente más alta. Por consiguiente, analizamos si la recidiva de TDM no complicado se debió sobre todo a casos de múltiples episodios. Si bien la baja tasa de recidiva limitó este análisis, descubrimos una similitud de la recidiva distribuida entre los casos de episodios únicos y los de episodios múltiples. De los 43 casos de la ronda 1 de un solo episodio no complicado, dos tuvieron TDM a un año en la ronda 2 (3,0%; IC del 95%: -1,2 a 7,3); de los 45 casos no complicados con múltiples episodios de la ronda 1 (mediana de episodios = 3), de nuevo dos casos tuvieron TDM a un año en la ronda 2 (3,7%; IC del 95%: -2,2 a 9,6). En cada caso, un caso de la ronda 2 era complicado y otro no complicado. Esta pauta de datos es compatible con la determinación circunstancial de los episodios de depresión, en los cuales no persiste una tendencia duradera hacia la recidiva pese a múltiples episodios previos.

La situación fue muy diferente con respecto a otros casos de TDM (complicados) en los cuales el TDM de múltiples episodios de la ronda 1 (mediana de episodios = 3) tuvo una tasa de recidiva a un año en la ronda 2 significativa y considerablemente más alta (19,1%; IC del 95: 12,2 a 24,1) que los casos de un solo episodio (7,2%; IC del 95%: 3.3 a 11,2). La tasa de recidiva considerablemente más baja de los casos con múltiples episodios no complicados en comparación con otros casos con múltiples episodios ofrece una diferenciación clínica hasta ahora no advertida. En resumen, los antecedentes de múltiples episodios de TDM no complicado pronostican una recidiva más frecuente que los antecedentes de un solo episo-

Tabla 2. Análisis de seguimiento: tasas de recidiva de componentes de los criterios de no complicación en comparación con las tasas de presentación de aquellos sin antecedente de TDM y tasas de recidiva de otros TDM (no excluidos)

Análisis de no complicados por componentes	Tasa de recidiva del subgrupo	¿Es la tasa de recidiva del subgrupo diferente a la tasa del grupo sin antecedente de TDM = 1,7% (1,4% a 1,9%), [n = 18.239]?	Tasa de recidiva para todos los otros TDM (excepto el subgrupo)	¿Es la tasa de recidiva del subgrupo diferente de la tasa de recidiva para todos los demás TDM?
Brief (2 months or less duration)	12.6 (8.9, 16.3) [n=326]	Diferente de los que no tienen ningún antecedente	13.6 (9.2, 18.0) [n=378]	No diferente de otros TDM
No uncharacteristic symptoms (psychomotor retardation, suicidal ideation, or felt worthless/guilty)	7.3 (2.6, 11.9) [n=154]	Diferente de los que no tienen ningún antecedente	14.7 (11.2, 18.1) [n=550]	Diferente de otros TDM

Diferencias significativas entre los grupos valorados utilizando la prueba de la t unilateral, $p < 0,05$.

dio, en tanto que otros episodios con antecedente de múltiples TDM pronostican una recidiva más frecuente.

DISCUSIÓN

La recidiva es una característica fundamental del trastorno depresivo y se puede utilizar para valorar la plausibilidad de los cambios propuestos al umbral diagnóstico del TDM. Nuestro análisis identificó un subgrupo de TDM vigente —es decir, TDM no complicado— en el cual la recidiva no fue mayor que la presentación de fondo del TDM en la población general que nunca tuvo TDM, un criterio que a menudo se señaló para reconocer la tristeza intensa normal frente al trastorno depresivo (23,31,49).

Otro criterio a menudo señalado es «la tesis de la similitud», según la cual la evidencia más sólida de que un subgrupo de TDM es una forma de alteración es que es similar en los criterios de validación para otros TDM (22,50). Nuestros resultados no confirman en absoluto la tesis de la similitud para los TDM no complicados frente a otros por lo que respecta a las tasas de recidiva. La falta de una diferencia en la tasa de recidiva entre los casos no complicados de múltiples episodios y un solo episodio también denota que el TDM no complicado tiene diferencias importantes con respecto a otros TDM. Las otras hipótesis que analizamos mostraron algunas diferencias también con respecto a otros TDM, pero las diferencias no fueron tan uniformes o acentuadas, de manera que estas otras propuestas permanecen más ambiguas.

Una serie de análisis adicionales confirmó la estabilidad de nuestros resultados. Reducimos los umbrales para las propuestas de TDM con pocos síntomas y no melancólicos, reanalizamos todas las propuestas utilizando la muestra de TDM del ECA original en vez de nuestra muestra ajustada e intentamos una duración de seis meses en la definición de «no complicado», todo sin modificar los resultados esenciales. Exploramos el origen de nuestro resultado «no complicado» analizando cada componente definitorio por separado y descubrimos que el apoyo para la hipótesis «no complicada» se debía a una interacción entre los dos componentes. Nuestros resultados en modificar el umbral de duración no complicado a seis meses indican que en investigaciones subsiguientes se debiera explorar el umbral de duración apropiado para el TDM y para cualquier posibilidad de exclusión de «TDM no complicado».

Nuestros resultados subrayan la heterogeneidad del TDM según el DSM actual (12) y ofrecen hallazgos con respecto al riesgo de recidiva que son clínicamente pertinentes independientemente del problema de los límites diagnósticos del TDM. Monroe y Harkness (20) expresan la inquietud de que «la investigación enfocada en la depresión como un trastorno recidivante por lo general no ha revelado ningún indicador temprano útil de riesgo de recidiva». Nuestros resultados revelan varios de estos indicadores de riesgo de recidiva diferencial.

Un episodio puede juzgarse no complicado sólo si no persiste más de dos meses. Esto plantea a una dificultad para el profesional clínico que trata de aplicar estos resultados, debido a la necesidad de vigilar al paciente, utilizando la «conducta expectante» hasta que el trastorno remita o se llegue a la duración de dos meses. Sin embargo, la dificultad es limitada. Alrededor de un 78% de nuestros casos de TDM mostraron uno o más de los síntomas no característicos de manera que se diagnosticarían como TDM sobre esta base únicamente, sin referencia a la duración (tabla 2). Del 22% restante que mostró síntomas característicos, alrededor del 60% (un 13% de la muestra de TDM) remitió hacia los dos meses y cumplió con los requisitos de casos «no complicados» en tanto que los restantes persistieron más allá de la limitación de la duración de dos meses para los casos no complicados. En consecuencia, la vigilancia breve de tales individuos puede ser decisiva para la formulación óptima de pronóstico y del diagnóstico. En algunos casos, el tratamiento del alivio de los síntomas puede ser recomendable mucho más pronto, no importa que el estado se considere normal o alterado. La investigación subsiguiente se debiera enfocar en identificar los casos de TDM de tipo no complicado de recidiva baja con el empleo mínimo del umbral de duración, de manera que la valoración adecuada no tenga que depender de la vigilancia en el curso del tiempo.

Las limitaciones de la serie de datos del ECA y de nuestras medidas deben tomarse en cuenta al interpretar nuestros hallazgos. Una limitación importante es el periodo de un año del ECA para valorar la recidiva. Se necesitan más estudios para determinar si nuestros resultados se reproducen en periodos de seguimiento más prolongados. Otra limitación es que los diagnósticos se basaron en las recolecciones de síntomas que son falibles cuando se obtienen de los informantes.

El algoritmo diagnóstico del TDM basado en el DSM-III del ECA careció del criterio de importancia clínica del DSM-IV y la estructura del ECA también imposibilitó la aplicación del

criterio de alteración del DSM para el TDM no complicado. Sin embargo, los criterios de gravedad de los síntomas que se establecen como necesarios en el ECA más que compensaron. De hecho, la muestra del ECA posiblemente es más grave en promedio que el TDM del DSM, de manera que se esperaría este estudio ofreciera una prueba muy exigente de las propuestas de exclusión analizadas.

Los criterios del DSM para el TDM no complicado establecen como requisito que no exista una preocupación patológica por la inutilidad —un nivel de síntoma más exigente que el síntoma de «sentirse inútil» del ECA que utilizamos como un factor sustitutivo—. Así mismo, el apartado de inutilidad del ECA incluyó sentimientos de culpabilidad o de pecado como alternativas. Por consiguiente, el aspecto de la inutilidad del ECA posiblemente excluyó un poco menos de casos del diagnóstico de TDM que el criterio del DSM más estricto. Al parecer fue preferible utilizar esta versión más débil que la de ignorar en su totalidad el criterio de inutilidad. Pues desde Freud tales sentimientos de baja autoestima se han considerado como un indicador decisivo de que la tristeza normal puede transformarse en patológica.

Puesto que la gravedad en el ECA se basó en parte en el contacto con el servicio, pero las respuestas de la gravedad no fueron codificadas en la serie de datos del ECA, no podríamos distinguir analíticamente los efectos del tratamiento de la evolución inherente del TDM. Por consiguiente, el tratamiento podría haber influido en la evolución de estas depresiones y sus recaídas. Sin embargo, estudios previos indican que la recaída sigue siendo frecuente en las muestras de TDM tratado y no está reducida a los niveles de la población general (25,27-29). Por consiguiente, es improbable que los efectos del tratamiento expliquen por qué la recaída en el grupo no complicado no sólo es considerablemente menos frecuente que en otros TDM sino que también no es diferente a la de la población general. El indicador de gravedad revela que los casos de TDM no complicado a menudo son atendidos por los profesionales clínicos y por tanto que estos casos no complicados tienen importancia clínica.

La recaída como un criterio de validación ofrece la ventaja de que es lógicamente independiente de los criterios utilizados para definir el TDM no complicado, con escasos síntomas y sin melancolía, de manera que su utilización para valorar estas propuestas no sesga tautológicamente los resultados. Por otra parte, la recaída es relevante para distinguir entre la normalidad y el trastorno, en tanto que muchas variables de validación que se suelen utilizar, desde la falta de apoyo social hasta la depresión de la función inmunitaria, se correlacionan con el trastorno y la angustia normal intensa de manera que no permiten distinguir estas hipótesis. Las tentativas previas para abordar el diagnóstico excesivo de TDM percibido por lo general se enfocaron en criterios de mayor importancia clínica/alteración para elevar el umbral diagnóstico del TDM (51). Esta estrategia resultó conceptualmente errónea y empíricamente ineficaz (34-36,32-55).

Sin embargo, la recaída como un criterio de validación plantea algunas limitaciones. En términos estrictos, la recaída no es necesaria ni suficiente para el trastorno. No es necesaria porque en principio puede haber trastornos depresivos genuinos de un episodio que no confiere una susceptibilidad a la recaída (20). No es suficiente porque la recaída es conceptualmente ambigua. Puede representar el resurgimiento de una

disfunción subyacente y por consiguiente indicar el trastorno, pero también podría indicar, por ejemplo, la repetición de una reacción normal más temprana a consecuencia de un factor estresante crónico o la presentación de un factor estresante nuevo relacionado (p., ej., la pérdida del cónyuge puede originar problemas económicos que a su vez producen la pérdida de un hogar y cada nuevo factor estresante desencadena la angustia). En estudios futuros sería útil adoptar un enfoque contextualizado más matizado para comprender la recaída.

Una limitación adicional es que, debido a la índole de la serie de datos del ECA, no pudimos distinguir los episodios depresivos desencadenados por el estrés de los «endógenos» no desencadenados, de manera que se aplicó el calificativo «no complicado» sin sensibilidad al contexto. Sin embargo, estudios previos indican que la aplicación de los criterios del DSM para el TDM a las muestras de poblaciones genera casos en los cuales la gran mayoría tiene episodios desencadenados por un factor estresante. Por ejemplo, en la encuesta nacional de comorbilidad, sólo un 5% de los casos de TDM comunicaron no tener ningún factor desencadenante de sus sentimientos de depresión (38). Así mismo, los análisis previos indican que casi ningún caso endógeno satisface los criterios «no complicados». En consecuencia esta brecha en los datos del ECA posiblemente no influyó mucho en los resultados del presente estudio.

En conclusión, utilizando las tasas de recaída elevadas para validar de manera previsible el trastorno, nuestros resultados indican que al descartar los episodios no complicados se incrementaría la validez del diagnóstico de TDM. Los resultados también confirman que las formas menos graves de TDM, como el TDM con escasos síntomas y no melancólico, tienen tasas de recaída más bajas que otros TDM y justifican una exploración adicional con respecto al umbral apropiado para distinguir el TDM de la tristeza normal.

El TDM no complicado comprende sólo síntomas frecuentes en la aflicción normal, es transitorio y, en nuestra muestra de ECA, no incrementa las tasas de recaída en grado importante por arriba de los niveles de la población. Si se reproducen estos hallazgos, no hay ninguna justificación empírica para distinguir generalmente el TDM no complicado de la tristeza normal intensa. Por consiguiente, se debe valorar la exclusión del diagnóstico de TDM los episodios no complicados como una clase. Los casos excepcionales que parecen patológicos pese a su estado no complicado podrían entonces diagnosticarse bajo el apartado de trastornos afectivos no especificados. Como alternativa, las directrices del tratamiento debieran hacer hincapié en el tratamiento escalonado en vista de las diferencias espectaculares en el pronóstico entre el TDM no complicado y otros.

Bibliografía

1. Clayton P, Desmarais L, Winokur G. A study of normal bereavement. *Am J Psychiatry* 1968;125:168-78.
2. Regier DA, Kaelber CT, Rae DS et al. Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders: implications for research and policy. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55: 109-15.
3. Kendler KS, Munoz RA, Murphy G. The development of the Feighner criteria: a historical perspective. *Am J Psychiatry* 2010;167:134-42.

4. Kendler KS, Gardner CO. Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. *Am J Psychiatry* 1998;155: 172-7.
5. Kessler RC, Zhao SY, Blazer DG et al. Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. *J Affect Disord* 1997;45:19-30.
6. Klein DF, Thase M. Medication versus psychotherapy for depression: progress notes. *Am Soc Clin Psychopharmacol* 1997;8:41-7.
7. Eaton WW, Anthony JC, Gallo J et al. Natural history of Diagnostic Interview Schedule/DSM-IV major depression: the Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:993-9.
8. Eaton WW, Neufeld K, Chen LS et al. A comparison of self-report and clinical diagnostic interviews for depression: Diagnostic Interview Schedule and Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry in the Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:217-22.
9. Moffitt TE, Caspi A, Taylor A et al. How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychol Med* 2010;40:899-909.
10. Tyrer P. Are general practitioners really unable to diagnose depression? *Lancet* 2009;374:589-90.
11. Fink M, Taylor MA. Resurrecting melancholia. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115(Suppl. 433):14-20.
12. Goldberg D. The heterogeneity of "major depression". *World Psychiatry* 2011;10:226-8.
13. Maj M. When does depression become a mental disorder? *Br J Psychiatry* 2011;199:85-6.
14. Maj M. Refining the diagnostic criteria for major depression on the basis of empirical evidence. *Acta Psychiatr Scand* 2011;123:317.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
16. Burcusa SL, Iacono WG. Risk for recurrence in depression. *Clin Psychol Rev* 2007;27:959-85.
17. Colman I, Naicker K, Zeng Y et al. Predictors of long-term prognosis of depression. *Can Med Assoc J* 2011;183:1969-76.
18. Coryell W, Endicott J, Keller MB. Predictors of relapse into major depressive disorder in a nonclinical population. *Am J Psychiatry* 1991;148:1353-8.
19. Judd LL, Akiskal HS, Maser JD et al. A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:694-700.
20. Monroe SM, Harkness KL. Recurrence in major depression: a conceptual analysis. *Psychol Rev* 2011;118:655-74.
21. Mueller TI, Leon AC, Keller MB et al. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *Am J Psychiatry* 1999;156:1000-6.
22. Zisook S, Shear K, Kendler KS. Validity of the bereavement exclusion criterion for the diagnosis of major depressive disorder. *World Psychiatry* 2007;6:102-7.
23. Mojtabai R. Bereavement-related depressive episodes: characteristics, 3-year course, and implications for DSM-5. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:920-8.
24. Greden JF. The burden of recurrent depression: causes, consequences, and future prospects. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl. 22):5-9.
25. Nierenberg AA, Petersen TJ, Alpert JE. Prevention of relapse and recurrence in depression: the role of long-term pharmacotherapy and psychotherapy. *J Clin Psychiatry* 2003;64(Suppl. 15):13-7.
26. Solomon DA, Keller MB, Leon AC et al. Multiple recurrences of major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2000;157:229-33.
27. Bockting CLH, ten Doesschate MC, Spijker J et al. Continuation and maintenance use of antidepressants in recurrent depression. *Psychother Psychosom* 2008;77:17-26.
28. Clarke GN, Rohde P, Lewinsohn PM. Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:272-9.
29. Geddes JR., Carney SM, Davies C et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet* 2003;361:653-61.
30. Frank E, Prien RF, Jarrett RB et al. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder: remission, recovery, relapse, and recurrence. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:851-5.
31. Wakefield JC, Schmitz MF. Recurrence of depression after bereavement-related depression: evidence for the validity of DSM-IV bereavement exclusion from the Epidemiologic Catchment Area Study. *J Nerv Ment Dis* 2012;200:480-5.
32. Robins LN, Regier DA. *Psychiatric disorders in America*. New York: Free Press, 1991.
33. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.
34. Spitzer RL, Wakefield JC. DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: does it help solve the false positives problem? *Am J Psychiatry* 1999;156:1856-64.
35. Wakefield JC, Schmitz MF, Baer JC. Does the DSM-IV clinical significance criterion for major depression reduce false positives? Evidence from the NCS-R. *Am J Psychiatry* 2010;167: 298-304.
36. Zimmerman M, Chelminski I, Young D. On the threshold of disorder: a study of the impact of the DSM-IV clinical significance criterion on diagnosing depressive and anxiety disorders in clinical practice. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1400-5.
37. Barkow K, Maier W, Ustun B et al. Risk factors for depression at 12-month follow-up in adult primary health care patients with major depression: an international prospective study. *J Affect Disord* 2003;76:157-69.
38. Maj M. Bereavement related depression in the DSM-5 and ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11:1-2.
39. Wakefield JC, First MB. Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? *World Psychiatry* 2012;11:11-5.
40. Wakefield JC, Schmitz MF, First MB et al. Should the bereavement exclusion for major depression be extended to other losses? Evidence from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:433-40.
41. Chouinard G, Chouinard VA, Corruble E. Beyond DSM-IV bereavement exclusion criterion E for major depressive disorder. *Psychother Psychosom* 2011;80:4-9.
42. Parker G. Classifying clinical depression: an operational proposal. *Acta Psychiatr Scand* 2011;123:314-6.
43. Broadhead WE, Blazer DG, George LK et al. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA* 1990;264:2524-8.
44. Elkin I, Shea T, Watkins JT et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:971-82.

45. Shorter E. The doctrine of the two depressions in historical perspective. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:5-13.
46. Wakefield JC, Schmitz MF, Baer JC. Did narrowing the major depression bereavement exclusion from DSM-III-R to DSM-IV increase validity? Evidence from the National Comorbidity Survey. *J Nerv Ment Dis* 2011;199:66-73.
47. Wakefield JC, Schmitz MF, Baer JC. Relation between duration and severity in bereavement-related depression. *Acta Psychiatr Scand* 2011;124:487-94.
48. Stata Corporation. Stata statistical software, Release 12 (Version 12). Texas: Stata Corporation, 2011.
49. Kendler KS, Myers J, Zisook S. Does bereavement-related major depression differ from major depression associated with other stressful life events? *Am J Psychiatry* 2008;165:1449-55.
50. Zisook S, Kendler KS. Is bereavement-related depression different than nonbereavement-related depression? *Psychol Med* 2007;37:779-94.
51. Narrow WE, Rae DS, Robins LN et al. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 survey's estimates. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:115-23.
52. Beals J, Novins DK, Spicer P et al. Challenges in operationalizing the DSM-IV clinical significance criterion. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:1197-207.
53. Ustun B, Kennedy C. What is "functional impairment"? Disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry* 2009;8:82-5.
54. Wakefield JC. Disability and diagnosis: should role impairment be eliminated from DSM/ICD diagnostic criteria? *World Psychiatry* 2009;8:87-8.
55. Wakefield JC, Spitzer RL. Lowered estimates — but of what? *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:129-30.

Ideación suicida y tentativas de suicidio comunicadas en Grecia durante la crisis económica

MARINA ECONOMOU^{1,2}, MICHAEL MADIANOS³, LILY EVANGELIA PEPOU¹, CHRISTOS THERITIS¹, ATHANASIOS PATELAKIS¹, COSTAS STEFANIS¹

¹University Mental Health Research Institute (UMHRI); ²First Department of Psychiatry, Medical School, University of Athens, Eginition Hospital; ³Department of Mental Health and Behavioural Sciences, School of Health Sciences, University of Athens, Athens, Greece

La crisis económica en Grecia está repercutiendo considerablemente en la salud y en la salud mental de la población y ha planteado inquietudes en torno a un posible incremento de las tasas de suicidio. El objetivo de este estudio fue explorar los cambios en la ideación suicida y las tentativas de suicidio comunicadas entre 2009 y 2011 en una muestra representativa de la población y en varios subgrupos de la población. También se investigaron los indicadores socioeconómicos de la ideación suicida y de las tentativas de suicidio en 2011. Se llevaron a cabo dos encuestas telefónicas representativas en todo el país en 2009 y 2011 utilizando la misma metodología. Una muestra aleatoria y representativa de 2.192 y 2.256 personas, respectivamente, participó en las encuestas. Entre 2009 y 2011 hubo un incremento considerable de la prevalencia de ideas suicidas y tentativas de suicidio comunicadas. Tuvieron especial vulnerabilidad las personas que sufrían depresión, los hombres, los individuos casados, las personas con tensiones económicas, las personas con escasa confianza interpersonal y los individuos con un antecedente de tentativas de suicidio.

Palabras clave: Crisis económica, ideación suicida, tentativas de suicidio, desempleo, Grecia.

(*World Psychiatry* 2013;12:53–59)

El suicidio es un problema de salud pública enorme en todo el mundo. Cada año aproximadamente un millón de personas mueren por suicidio en todo el mundo, por lo cual es una de las principales causas de muerte a un nivel internacional (1,2). En congruencia con este problema, la Organización Mundial de la Salud ha alentado la obtención de datos sobre la prevalencia y los factores de riesgo de suicidio que ayuden al diseño de estrategias de salud pública y políticas sanitarias (3). La investigación previa ha señalado que los pensamientos y las tentativas de suicidio, a partir de aquí referidos como «tendencias suicidas», han de conceptuarse como indicadores de actos suicidas más graves (4,5).

Se ha observado que el suicidio y las tendencias suicidas tienen una relación importante con los factores psiquiátricos y socioeconómicos (6). La existencia de un trastorno psiquiátrico figura entre los factores de riesgo que más suele identificarse para el suicidio y las tendencias suicidas (7,8) y los estudios de necropsia psicológica revelan que más del 90% de las víctimas de suicidio padecían una enfermedad mental cuando ocurrió su muerte (9), muy a menudo trastornos afectivos (10). A la inversa, un número cada vez mayor de datos ha documentado un vínculo entre el suicidio y la tendencia suicida y los factores socioeconómicos, tales como desempleo, ingresos y condición familiar (6,11,12). En congruencia con todo esto, durante los periodos de recesión económica, con sus ramificaciones que comprenden la adversidad económica, la pérdida de empleos y la alta prevalencia de depresión (13-16), el suicidio se convierte en una preocupación persistente (17).

En 2008, a consecuencia de la crisis económica mundial y de los gastos locales constantes, la población de Grecia comenzó a afrontar una crisis socioeconómica grave. En 2010, se firmó un memorando de políticas económicas y financieras a fin de evitar la suspensión de pagos de Grecia. En 2011, el clima económico y sociopolítico se agravó aun más: la tasa de desempleo llegó al 16,6% en mayo, el producto interno bruto (PIB) se redujo más en un 6,1% y la deuda creció desde 105,4% del PIB en 2007 hasta 160,9% (18,19). Las repercusiones de la

crisis económica en la salud en general y en la salud mental en Grecia han atraído una atención creciente (13,20,21), con un importante énfasis en el aumento potencial de los suicidios y las tendencias suicidas (21-24). Esto asume importancia primordial, dadas las bajas tasas de suicidio del país registradas en estudios previos (25-27).

En un esfuerzo por valorar la repercusión de la crisis económica sobre la salud mental de la población de Grecia, se llevaron a cabo dos estudios representativos a un nivel nacional en 2009 y 2011 (antes y después de la introducción del memorando de políticas económicas y financieras en la vida cotidiana de la población). El presente estudio se concentra en los hallazgos en torno a las tendencias suicidas. Informa sobre la prevalencia de las ideas suicidas y las tentativas de suicidio en una muestra representativa de la población de Grecia y en diversos subgrupos de población entre 2009 y 2011 y en los indicadores de las ideas suicidas y de las tentativas de suicidio en 2011.

MÉTODOS

El marco de muestreo del estudio fue el banco de datos nacional de números telefónicos, que abarca la vasta mayoría de los domicilios en el país. Se seleccionó del directorio una muestra aleatoria de números telefónicos correspondientes a los individuos. En cada domicilio, se seleccionó a la persona que tenía su último cumpleaños para una entrevista.

Las entrevistas telefónicas se llevaron a cabo con adultos de entre 18 y 69 años de edad durante el mismo periodo (febrero a abril) en 2009 y 2011. En 2009, de las 2.667 llamadas que se realizaron, se lograron 2.192 entrevistas satisfactoriamente completas (tasa de respuesta = 82,2%). Ciento ochenta y cuatro personas (6,9%) colgaron de inmediato y 290 (10,9%) se rehusaron a la entrevista y no completaron la entrevista. En 2011, de las 2.820 llamadas que se hicieron, se completaron 2.256 entrevistas en forma satisfactoria (tasa de respuesta = 80,5%). Doscientas tres personas (7,2%) colgaron de inmediato y 347 (12,3%) se rehusaron a ser entrevistadas o no completaron la

entrevista. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los participantes que pudieron entrevistarse y los que no pudieron entrevistarse por lo que respecta a género sexual, edad y lugar de residencia.

Todas las entrevistas fueron realizadas por graduados bien capacitados en ciencias sociales, incluida la psicología. La capacitación comprendió conferencias, juego de roles y entrevistas telefónicas preliminares que se grabaron en cinta y se reanalizaron, durante un total de 60 horas.

Se utilizó el método de entrevista telefónica con asistencia computarizada (28), ya que permite el control automático de la ramificación del cuestionario, las verificaciones en línea y la programación automática de futuras llamadas repetidas (p. ej., si no se respondió a la llamada y no se completó a la entrevista).

La información en torno a la presentación de un episodio depresivo mayor, ideación suicida y tentativas de suicidio durante el último mes se obtuvo utilizando el módulo pertinente de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV en los trastornos del Eje 1 (SCID-1) (29), que se ha normalizado en la población de Grecia y que se utilizó ampliamente en estudios clínicos y epidemiológicos (p. ej., 30,31).

Para confirmar la confiabilidad del diagnóstico, una muestra aleatoria de las llamadas telefónicas (10%) fue valorada por 10 entrevistadores. Se identificó que la kappa de Fleiss era de 0,89 en 2009 y de 0,90 en 2011. Así mismo, una muestra aleatoria de participantes (10%) acordó ser reentrevistado por un psiquiatra. La tasa de acuerdo diagnóstico fue de un 87% en 2009 y de un 89% en 2011.

Para valorar el grado de presión económica de los participantes, se utilizó el Índice de Ansiedad Económica Personal (IPDE) (13). Esta medida autonotificada comprende ocho preguntas que describen las dificultades de los participantes para cumplir las exigencias económicas diarias de un hogar durante los últimos seis meses. Las respuestas se llenan en una escala de 3 puntos (nunca, 1; a veces, 2; a menudo, 3), en tanto que la calificación combinada de la escala puede fluctuar desde 8 (ningún problema económico) hasta 24 (problemas económicos graves). Una exploración previa de las propiedades psicométricas de la escala permitió identificar el puntaje de 15 como umbral que producía los mejores resultados en cuanto a sensibilidad y especificidad (13). En congruencia con esto, los participantes que tuvieron una calificación por encima de este punto umbral se consideraron como individuos con gran angustia económica. La escala mostró una consistencia interna satisfactoria (α de Cronbach = 0,93).

La confianza interpersonal fue valorada mediante las preguntas pertinentes de la Encuesta Social Europea (32). Se valoraron las preguntas en una escala de 0 a 10 y los valores cercanos a 0 indicaron una baja confianza interpersonal. Puesto que la consistencia interna de la escala fue satisfactoria (α de Cronbach = 0,77), se calculó una calificación de escala combinada.

Se registraron las características sociodemográficas de los informantes (género sexual, edad, estado familiar, lugar de residencia, formación educativa, situación de empleo) y sus contactos previos con profesionales de la salud mental, uso de medicación psiquiátrica e ingresos en un servicio de internamiento.

El estudio recibió la aprobación de Comité de Ética del Instituto de Investigación de Salud Mental de la Universidad y fue realizado conforme a las normas éticas descritas en la De-

Tabla 1. Características sociodemográficas de las muestras de 2009 y 2011 en comparación con el censo de la población de 2001

	2009		2011		2001
	n	%	n	%	%
Género					
Masculino	1080	49.3	1090	48.3	46.8
Femenino	1112	50.7	1166	51.7	54.2
Grupos de edad					
<24	210	9.6	223	9.9	9.2
25-34	411	18.7	426	18.9	19.8
35-44	325	14.8	367	16.3	16.2
45-54	452	20.6	425	18.8	19.4
55-64	384	17.5	368	16.3	16.0
>65	409	18.6	447	19.8	18.4
Estado conyugal					
Soltero	486	22.2	455	20.2	21.0
Casado	1487	67.8	1585	70.3	70.0
Viudo	123	5.9	138	6.1	7.1
Divorciado	96	4.3	78	3.5	3.0
Educación (años)					
<11	1077	49.1	1351	59.9	61.0
12	813	37.1	654	29.0	28.0
>13	302	13.8	251	11.1	11.0
Lugar de residencia					
Zona mayor de Atenas	808	36.9	847	37.5	39.3
Tesalónica y Macedonia Central	275	12.5	388	17.2	15.0
Resto del país	1109	50.6	1021	45.3	45.7
Ocupación					
Empleado	1184	84.4	1214	85.5	94.0
Desempleado	218	15.6	206	14.5	6.0

claración de Helsinki en 1964. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes.

Para explorar las diferencias entre variables categóricas, se utilizó la prueba de la χ^2 con la corrección de Yates. Para identificar indicadores de ideación suicida y tentativas de suicidio recientes, se calcularon dos modelos de regresión logística y la variable dependiente fue presentación/no presentación de ideación suicida/tentativa de suicidio reciente. Todos los análisis se llevaron a cabo mediante el programa PSS v17.

RESULTADOS

En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de las muestras de 2009 y 2011, junto con las de la población griega conforme al censo de 2001. La composición de las muestras fue congruente con el censo de la población.

La proporción de los informantes que comunicó ideación suicida fue de un 6,7% en 2011 frente a un 5,2% en 2009 ($\chi^2 = 3,92$; $df = 1$; $p = 0,04$). Como se muestra en la tabla 2, se observó un incremento importante de la prevalencia de idea-

Tabla 2. Prevalencia (porcentaje de ideación suicida en subgrupos de población en 2009 y 2011)

	2009 (n = 2.192)	2011 (n = 2.256)	X ² (df = 1)	p
Género sexual				
Masculino	4.4	7.1	6.41	0.011
Femenino	5.9	6.3	0.05	0.817
Edad				
<24	13.9	4.9	15.83	<0.001
25-34	7.0	9.9	1.19	0.275
35-44	3.4	6.6	2.69	0.100
45-54	7.4	7.8	0.00	0.923
55-64	1.9	7.2	14.41	<0.001
>65	3.2	5.0	1.08	0.299
Estado conyugal				
No casado	11.6	5.6	17.24	<0.001
Casado	2.3	7.3	38.08	<0.001
Educación				
<11	4.3	6.8	3.39	0.065
12	6.3	6.8	0.01	0.921
>13	6.0	6.6	0.17	0.680
Lugar de residencia				
Resto del país	4.9	5.8	0.95	0.328
Atenas	5.7	8.0	3.16	0.075
Estado de empleo				
Desempleado	4.0	10.2	3.31	0.069
Económicamente activo	5.2	7.2	3.05	0.080
No económicamente activo	5.3	4.9	0.06	0.796
Buscó ayuda profesional				
No	4.5	4.7	0.05	0.810
Sí	8.3	17.3	13.36	<0.001
Utilizó medicación psicoactiva				
No	5.2	5.9	0.86	0.353
Sí	4.5	22.7	11.10	<0.001
Diagnóstico de depresión mayor				
No	2.5	2.3	0.15	0.69
Sí	54.9	56.0	0.00	0.94

ción suicida en hombres (7,1% frente a 4,4%; $\chi^2 = 6,41$; $df = 1$; $p = 0,011$), pero no en las mujeres (6,3% frente a 5,9%; $\chi^2 = 0,05$; $df = 1$; $p = 0,817$). La prevalencia de la ideación suicida también aumentó entre los informantes de 55 a 64 años de edad (7,2% frente a 1,9%; $\chi^2 = 14,41$; $df = 1$; $p < 0,001$), en tanto que disminuyó en dos menores de 24 años (4,9% frente a 13,9%; $\chi^2 = 15,83$; $df = 1$; $p < 0,001$). También se observó un incremento entre los individuos casados (7,3% frente a 2,3%; $\chi^2 = 38,08$; $df = 1$; $p < 0,001$), si bien la prevalencia disminuyó en los informantes no casados (5,6% frente a 11,6%; $\chi^2 = 17,24$; $p < 0,001$). La ideación suicida también aumentó entre 2009 y 2011 en los informantes que utilizaban medicación psicoactiva (22,7% frente a 4,5%; $\chi^2 = 11,10$; $df = 1$; $p < 0,001$) y los

que habían buscado ayuda de un profesional de la salud mental (17,3% frente a 8,3%; $\chi^2 = 13,36$; $df = 1$, $p < 0,001$).

La proporción de informantes que comunicaron una tentativa de suicidio reciente fue 1,5% en 2011 frente a 1,1% en 2009 ($\chi^2 = 1,16$; $df = 1$, $p = 0,28$) (23). Como se muestra en la tabla 3, un incremento importante de la prevalencia de una tentativa de suicidio reciente se observó en los hombres (2,0% frente a 0,4%; $\chi^2 = 11,12$; $df = 1$; $p = 0,001$), pero no en las mujeres (1,0% frente a 1,8%; $\chi^2 = 1,93$; $df = 1$; $p = 0,165$). La prevalencia de una tentativa de suicidio reciente también se incrementó en personas de 25 a 34 años de edad (1,7% frente a 0,05%; $\chi^2 = 6,73$; $df = 1$; $p = 0,009$) y de 35 a 44 años (2,3% frente a

Tabla 3. Prevalencia (%) de tentativas de suicidio comunicadas en subgrupos de población en 2009 y 2011

	2009 (n = 2.192)	2011 (n = 2.256)	X ² (df = 1)	p
Género sexual				
Masculino	0.4	2.0	11.12	<0.001
Femenino	1.8	1.0	1.93	0.165
Edad				
<24	0.0	1.3	1.53	0.215
25-34	0.0	1.7	6.73	0.009
35-44	0.0	2.3	4.56	0.033
45-54	3.2	0.7	5.33	0.021
55-64	1.2	2.8	1.93	0.164
>65	1.4	0.6	0.55	0.457
Estado conyugal				
No casado	2.8	1.4	3.14	0.076
Casado	0.3	1.6	10.81	0.001
Educación				
<11	2.1	2.9	0.39	0.530
12	0.3	1.4	1.25	0.262
>13	0.1	1.2	5.96	0.015
Lugar de residencia				
Resto del país	1.3	1.8	0.74	0.388
Atenas	0.9	1.1	0.02	0.874
Estado de empleo				
Desempleado	0.0	4.4	4.12	0.042
Económicamente activo	0.4	1.1	1.95	0.162
No económicamente activo	1.9	1.6	0.03	0.861
Buscó ayuda profesional				
No	0.7	1.3	2.49	0.115
Sí	2.7	2.6	0.00	1.000
Utilizó medicación psicoactiva				
No	1.1	1.3	0.36	0.546
Sí	1.1	5.2	1.26	0.260
Diagnóstico de depresión mayor				
No	0.8	0.5	0.97	0.324
Sí	6.6	13.0	2.56	0.109

Tabla 4. Resultados del análisis de regresión logística con ideación suicida (presentación/no presentación) como variable dependiente

	OR	IC del 95%	p
Diagnóstico de depresión mayor			
No ^a			
Sí	47.72	22.18–62.66	<0.001
Género			
Femenino ^a			
Masculino	1.96	0.93–4.13	NS
Edad (años)	0.96	0.72–1.29	NS
Educación (años)	1.11	0.58–2.13	NS
Lugar de residencia			
Atenas			
Resto del país	1.57	0.70–3.54	NS
Estado conyugal			
No casado ^a			
Casado	1.51	0.59–3.82	NS
Estado laboral			
Desempleado ^a			
Económicamente activo	0.92	0.26–3.23	NS
No económicamente activo	0.71	0.15–3.25	NS
IPED (puntaje)	1.07	1.07–1.40	<0.05
Tentativa de suicidio previa			
No ^a			
Sí	6.89	1.66–8.60	<0.01
Escala de confianza interpersonal (puntaje)	0.93	0.87–0.98	<0.001

^a Categoría de referencia.

IPED, Índice de Ansiedad Económica Personal.

0,0%; $\chi^2 = 4,56$; $df = 1$; $p = 0,033$), en tanto que disminuyó en informantes de 45 a 54 años de edad (0,7% frente a 3,2%; $\chi^2 = 5,33$; $df = 1$; $p = 0,021$). También se observó un incremento en personas casadas (1,6% frente a 0,3%; $\chi^2 = 10,81$; $df = 1$; $p = 0,001$) y en aquellas con mayor formación educativa (1,2% frente a 0,1%; $\chi^2 = 5,96$; $df = 1$; $p = 0,015$). Ningún informante desempleado comunicó una tentativa de suicidio reciente en 2009, en tanto que la proporción fue de 4,4% en 2011 ($\chi^2 = 4,12$; $df = 1$; $p = 0,042$).

Como se muestra en la tabla 4, los indicadores importantes de la ideación suicida en 2011 fueron la presentación de depresión mayor durante el mes previo, la adversidad económica experimentada, un antecedente previo de tentativa de suicidio y una baja confianza interpersonal. Las personas que cumplieron los criterios del DSM-IV para la depresión mayor tuvieron 48 veces más probabilidades de presentar ideación suicida que las personas sin ese diagnóstico (OR = 47,72; IC del 95% = 22,18 a 62,66; $p < 0,001$). Los informantes con un antecedente de tentativa de suicidio tuvieron siete veces más posibilidades de comunicar ideación suicida que las personas sin tal antecedente (OR = 6,89; IC del 95% = 1,66 a 8,60; $p < 0,01$).

Como se señaló en la tabla 5, los indicadores importantes de una tentativa de suicidio reciente en 2011 fueron la presentación de depresión mayor durante el mes previo, la adversidad

económica, un antecedente previo de tentativa de suicidio, género masculino y estado conyugal casado. Las personas que cumplieron los criterios de depresión mayor del DSM-IV tuvieron 97 veces más probabilidades de comunicar una tentativa de suicidio durante el mes previo que las que no tuvieron ese diagnóstico (OR = 97,39; IC del 95% = 71,06 a 134,45; $p < 0,01$). Los hombres tuvieron 12 veces más probabilidades de notificar una tentativa de suicidio reciente que las mujeres (OR = 12,26; IC del 95% = 5,10 a 16,78; $p < 0,05$) y las personas casadas tuvieron 53 veces más posibilidades de comunicarlo que las no casadas (OR = 53,29; IC del 95% = 33,29 a 64,40; $p < 0,05$). Las personas con un antecedente previo de tentativa de suicidio tuvieron 14 veces más de probabilidades de comunicar una tentativa de suicidio reciente que las que no tenían tal antecedente (OR = 14,41; IC del 95% = 1,79 a 15,95; $p < 0,01$).

DISCUSIÓN

En este estudio se proporcionan pruebas de un incremento considerable en la prevalencia de ideación suicida y tentativas de suicidio comunicadas entre 2009 y 2001 en una muestra representativa de la población de Grecia. Tuvieron especial vulnerabilidad las personas que padecían depresión, los hom-

Tabla 5. Resultados del análisis de regresión logística con tentativa de suicidio comunicada (presentación/no presentación) como variable dependiente

	OR	IC del 95%	p
Diagnóstico de depresión mayor			
No ^a			
Sí	97.39	71.06–134.45	<0.01
Género			
Femenino ^a			
Masculino	12.26	5.10–16.78	<0.05
Edad (años)	0.43	0.16–1.16	NS
Educación (años)	2.88	0.53–5.69	NS
Lugar de residencia			
Atenas			
Resto del país	1.89	0.21–6.67	NS
Estado conyugal			
No casado ^a			
Casado	53.29	33.29–64.40	<0.05
Estado laboral			
Desempleado ^a			
Económicamente activo	0.40	0.02–6.74	NS
No económicamente activo	14.90	0.35–24.76	NS
IPED (puntaje)	1.23	1.02–1.49	<0.05
Tentativa de suicidio previa			
No ^a			
Sí	14.41	1.79–15.95	<0.01
Escala de confianza interpersonal (puntaje)	1.03	0.87–1.22	NS

^a Categoría de referencia.

IPED, Índice de Ansiedad Económica Personal.

bres, los individuos casados, las personas que estaban pasando por problemas económicos importantes, las personas con una escasa confianza interpersonal y aquellas con un antecedente previo de tentativas de suicidio.

Las investigaciones previas en el país han mostrado fluctuaciones importantes en las tasas de ideación suicida y tentativa de suicidio comunicadas en el curso de los años así como un vínculo importante entre las tasas y los factores socioeconómicos (13,26). En concreto, en un estudio epidemiológico llevado a cabo en 1978, la prevalencia de la ideación suicida en un mes resultó ser del 4,8%, en tanto que en 1984 llegó a un 10,9% (26). Este incremento considerable se atribuyó a la recesión económica que afectó al país en esa época, la cual alcanzó su máxima intensidad en 1984 y precisó la aplicación de medidas económicas durante el periodo de 1985 a 1986 (33). Se registró una tendencia similar para las tentativas de suicidio notificadas durante el mes previo a la entrevista, con una tasa del 0,7% en 1978 y del 2,6% en 1984. En el año 2008, antes del inicio de la crisis económica en Grecia, la prevalencia de la ideación suicida a un mes fue del 2,4% y las de las tentativas de suicidio fue 0,6% (13). Las dos tasas son considerablemente más bajas que las de 2009 y 2011.

En una tendencia similar, Zacharakis et al (25) exploraron las tasas de suicidio en Grecia durante el periodo de 1980 a 1995 y descubrieron que eran de las más bajas en el mundo, lo cual probablemente se debe a una serie de factores sociales y culturales: los fuertes lazos familiares, el apoyo y la ayuda que ofrecen las redes sociales y las costumbres religiosas. Las tasas de suicidio se mantuvieron bajas hasta 2009, según los datos oficiales del registro de policía, hubo 507 suicidios consumados y tentativas de suicidio importantes en 2009, 622 en 2010 y 598 en 2011 (34).

Estos hallazgos son paralelos al incremento gradual de la prevalencia de la depresión mayor en Grecia durante los últimos años (16), lo que confirma que la crisis económica en Grecia ha repercutido en la salud mental de la población, al igual que lo observado en otros países (14,35).

Nuestros hallazgos sobre los subgrupos de población más vulnerables a las tendencias suicidas son explicables por las variables socioeconómicas que desempeñan un papel destacado durante la recesión, en concreto, el desempleo, la inseguridad del trabajo y la pérdida de los ingresos (36-38). Por ejemplo, las personas con una formación educativa alta podrían afrontar dificultades para encontrar un trabajo o podrían presentar una incongruencia entre el nivel de escolaridad y su salario. Los hombres y las personas casadas son el sustento de la familia griega y pueden sentirse incapaces de brindar a sus familias los satisfactores esenciales a consecuencia del desempeño o la inseguridad en el trabajo. Los grupos de edad que muestran el máximo incremento en las tendencias suicidas en nuestro estudio fueron los que presentaron los cambios más importantes en las tasas de desempleo en los últimos años (39). Así mismo, las personas de 55 a 64 años de edad tuvieron que lidiar con la jubilación obligatoria temprana en 2011. La investigación ha demostrado que las personas que se acercan a la jubilación en el momento de una crisis económica son muy susceptibles al estrés y a la incertidumbre debido a la desorganización de sus preparativos económicos (40) y confían en recursos de ingresos fijos (p. ej., pensiones) que son objeto de las fluctuaciones de mercado (41).

El incremento importante de la prevalencia de las tendencias suicidas en quienes han buscado ayuda profesional y en los que reciben medicación psicoactiva es congruente con el aumento del empleo de los servicios de salud mental y de la frecuencia de búsqueda de ayuda por problemas psicológicos durante periodos de adversidad económica (42). En nuestro estudio, el único factor protector importante con respecto a la ideación suicida fue la confianza interpersonal. Esto se ha considerado por mucho tiempo como una medida de capital social (43), lo que a su vez se ha vinculado a tasas de mortalidad más bajas (44), incluidas las muertes por suicidio (45), lo que de esta manera brinda apoyo a la investigación original de Durkheim sobre la integración social y el suicidio (46). El capital social en general y la confianza interpersonal en concreto pueden proteger a los ciudadanos para que no presenten ideas suicidas, aun durante los periodos de crisis económica. Esto apoya las recomendaciones para intensificar el capital social a fin de mitigar los efectos de la recesión sobre la salud y la salud mental (17,47).

Nuestros datos parecen indicar que el género masculino aumenta considerablemente las probabilidades de tentativas de suicidio. Esto es explicable por diversos factores, como la inseguridad en el trabajo, la pérdida de ingresos, los roles sociales en los hombres que están muy ligados a las condiciones de empleo y la escasa disponibilidad de apoyo social. Por ejemplo, Moller-Leimkuhler (48) relacionó la vulnerabilidad masculina al suicidio con la observación de que los hombres tienden a estar menos socialmente integrados, tienen menos apoyo social y emocionalmente están más aislados.

El incremento del riesgo de las tentativas de suicidio en individuos casados se puede interpretar a la luz del modelo de estrés familiar (49,50), que postula que las parejas que afrontan adversidad económica presentan ira, tristeza y pesimismo en torno al futuro. La angustia emocional conduce a que las esposas interactúen de una manera sin apoyo e irritables lo que origina conflictos conyugales. El conflicto conyugal a su vez se relaciona con depresión (49,50) y suicidio (51). Este modelo ha recibido apoyo en estudios realizados en Estados Unidos (52), República Checa (53), Finlandia (54), Rumanía (55) y Corea (56).

Los profesionales clínicos deben tener presentes los factores de riesgo antes señalados. Deben explorar a fondo si los hombres, las personas con depresión mayor, las que tienen tensiones económicas, los individuos con tentativas de suicidio previas, los individuos casados y las personas con bajos grados de confianza interpersonal muestran ideación suicida y han intentado el suicidio. Los profesionales clínicos no debieran ignorar que cerca del 90% de las primeras tentativas de suicidio no planeadas y 60% de las planeadas ocurren en el primer año subsiguiente al inicio de la ideación suicida (8). En este contexto, tiene primordial importancia la detección temprana de los problemas de salud mental y de depresión en concreto (57). Se han comunicado reducciones de las tasas de suicidio en programas específicamente concebidos para capacitar a médicos de atención primaria en el reconocimiento y el tratamiento de la depresión (58). El establecimiento de programas de protección social como los programas de expansión de la fuerza de trabajo, los sistemas de apoyo social y el acceso de atención a la salud y el seguro de salud podrían mitigar los efectos negativos sobre la salud mental que conllevan la crisis económica y el desempleo (17,47).

El presente estudio no estuvo exento de deficiencias. Dada la índole representativa del diseño, no se puede hacer inferencias en cuanto a la causalidad. Además, la ideación suicida y las tentativas de suicidio comunicadas pueden ser susceptibles al sesgo de recuerdo o a la renuencia por parte de los informantes para revelar tal información delicada. Si bien se ha demostrado que el anonimato de las entrevistas telefónicas facilita la revelación de este tipo de información (59,60), no puede descartarse que las tasas de prevalencia detectadas en este estudio representen una subestimación de las tasas verdaderas.

En conclusión, nuestros hallazgos confirman que la influencia de la recesión sobre la salud mental en la población griega es generalizada y que se deben llevar a cabo esfuerzos sistemáticos para mitigar estos efectos. Se ha de implementar un plan estratégico para tratar la depresión mayor y evitar el suicidio a fin de que Grecia conserve su bajo lugar en las tasas de suicidio de todo el mundo.

Bibliografía

- World Health Organization. Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies. Geneva: World Health Organization, 1996.
- US Department of Health and Human Services. With understanding and improving health and objectives for improving health. Washington: US Department of Health and Human Services, 2000.
- World Health Organization. Suicide prevention (SUPRE). Geneva: World Health Organization, 2007.
- Brezo J, Paris J, Tremblay R et al. Personality traits as correlates of suicide attempts and suicidal ideation in young adults. *Psychol Med* 2006;36:180-206.
- Suominen K, Isometsa E, Suokas J et al. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2004;161:562-3.
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ et al. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008;30:133-54.
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2008;192:98-105.
- Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:617-26.
- Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M et al. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003;33:395-405.
- Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000;157:1925-32.
- Gunnell D, Lopatatzidis A, Dorling D et al. Suicide and unemployment in young people. Analysis of trends in England and Wales, 1921-1995. *Br J Psychiatry* 1999;175:263-70.
- McMillan KA, Enns MW, Asmundson GJ et al. The association between income and distress, mental disorders, and suicidal ideation and attempts: findings from the Collaborative Psychiatric Epidemiology Surveys. *J Clin Psychiatry* 2010;71:1168-75.
- Madianos M, Economou M, Alexiou T et al. Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011;46:943-52.
- Lee S, Guo WJ, Tsang A et al. Evidence for the 2008 economic crisis exacerbating depression in Hong Kong. *J Affect Disord* 2010;126:125-33.
- Wang JL, Smailes E, Sareen J et al. The prevalence of mental disorders in the working population over the period of global economic crisis. *Can J Psychiatry* 2010;55:598-605.
- Economou M, Madianos M, Peppou L et al. Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *J Affect Disord* (in press).
- World Health Organization. Impact of economic crises on mental health. Geneva: World Health Organization, 2011.
- Eurostat. Euro area and EU27 government deficit at 6.0% and 6.4% of GDP respectively. Luxembourg: Eurostat, 2011.
- Hellenic Statistical Authority. Unemployment rate at 16.6% in May 2011. Piraeus: Hellenic Statistical Authority, 2011.
- Kentikelenis A, Papanicolas I. Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *Eur J Public Health* 2012;22:4-5.
- Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011;378:1457-8.
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M et al. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet* 2011;378:124-5.
- Economou M, Madianos M, Theleritis C et al. Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *Lancet* 2011;378:1459.
- Economou M, Madianos M, Peppou LE et al. Suicidality and the economic crisis in Greece. *Lancet* 2012;380:337.
- Zacharakis CA, Madianos M, Papadimitriou GN et al. Suicide in Greece 1980-1995: patterns and social factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:471-6.
- Madianos M, Madianou-Gefou D, Stefanis CN. Changes in suicidal behavior among nation-wide general population samples across Greece. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993;243:171-8.
- World Health Organization. Suicide rates in Greece. www.who.int.
- Ketola E, Klockars M. Computer-assisted telephone interview (CATI) in primary care. *Fam Pract* 1999;16:179-83.
- First MB, Spitzer R, Gibbon M et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, patient edition. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 1996.
- Madianos M, Papaghelis M, Philippakis A. The reliability of SCID-I in Greece in clinical and general population. *Psychiatriki* 1997;8:101-8.
- Madianos M, Economou M, Stefanis C. Long-term outcome of psychiatric disorders in the community: a 13 year follow up study in a nonclinical population. *Compr Psychiatry* 1998;39:47-56.
- European Social Survey. Questionnaire. www.europeansocialsurvey.org.
- Madianos M, Stefanis CN. Changes in the prevalence of symptoms of depression and depression across Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992;27:211-9.
- Ministry of Public Order & Citizen Protection. Table on suicides (completed and attempted) from 2009 until 10-12-2011. Athens: Police Headquarters, 2011.
- Hong J, Knapp M, McGuire A. Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behavior: a 10-year trend following economic crisis. *World Psychiatry* 2011;10:40-4.
- Gavrilova NS, Semyonova VG, Evdokushkina GN et al. Thereseponse of violent mortality to economic crisis in Russia. *Popul Res Policy Rev* 2000;19:397-419.
- Gunnell D, Harbord R, Singleton N et al. Factors influencing the development and amelioration of suicidal thoughts in the general population. Cohort study. *Br J Psychiatry* 2004;185:385-93.
- Chang SS, Gunnell D, Sterne JAC et al. Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong,

- South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Soc Sci Med* 2009;68: 1322-31.
39. Hellenic Statistical Authority. *Research on Labour Force: May 2012*. Piraeus: Hellenic Statistical Authority, 2012.
 40. Kelly S. *Don't stop thinking about tomorrow: the changing face of retirement — the past, the present, the future*. Sydney: AMP. NATSEM, 2009.
 41. Sargent-Cox K, Butterworth P, Anstey KJ. The global financial crisis and psychological health in a sample of Australian older adults: a longitudinal study. *Soc Sci Med* 2011;73:1105-12.
 42. Catalano R. The health effects of economic insecurity. *Am J Public Health* 1991;81:1148-52.
 43. Kawachi I. Social capital and community effects on population and individual health. *Ann NY Acad Sci* 1999;896:120-30.
 44. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K et al. Social capital, income inequality and mortality. *Am J Public Health* 1997;87:1491-8.
 45. Duberstein P, Conwell Y, Connor K et al. Poor social integration and suicide: fact or artifact? *Psychol Med* 2004;34:1331-7.
 46. Durkheim E. *Le suicide. Étude de sociologie*. Paris: Les Presses Universitaires de France, 1897.
 47. Wahlbeck K, McDaid D. Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry* 2012;11: 139-45.
 48. Moller-Leimkuhler A. The gender gap in suicide and premature death or: why are so men so vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003;253:1-8.
 49. Conger RD, Elder GH, Lorenz FO et al. Linking economic hardship to marital quality and instability. *J Marriage Fam* 1990;52:643-55.
 50. Conger RD, Wallace LE, Sun Y et al. Economic pressure in African American families: a replication and extension of the family stress model. *Dev Psychol* 2002;38:179-93.
 51. Vijayakumar L. Suicide prevention: the urgent need in developing countries. *World Psychiatry* 2004;3:158-9.
 52. Vinokur AD, Price RH, Caplan RD. Hard times and hurtful partners: how financial strain affects depression and relationship satisfaction of unemployed persons and their spouses. *J Pers Soc Psychol* 1996;71:166-79.
 53. Hrabá J, Lorenz FO, Pechacova Z. Family stress during the Czech transformation. *J Marriage Fam* 2000;62:520-31.
 54. Kinnunen U, Pulkkinen L. Linking economic stress to marital quality among Finnish marital couples: mediator effects. *J Fam Issues* 1998;19:705-24.
 55. Robila M, Krishnakumar A. Effects of economic pressure on marital conflict in Romania. *J Fam Psychol* 2005;19:246-51.
 56. Kwon HK, Rueter MA, Lee MS et al. Marital relationships following the Korean economic crisis: applying the family stress model. *J Marriage Fam* 2003;65:316-25.
 57. Bebbington PE, Minot S, Cooper C et al. Suicidal ideation, self-harm and attempted suicide: results from the British psychiatric morbidity survey 2000. *Eur Psychiatry* 2010;25:427-31.
 58. Mann JJ, Apter A, Bertolote J et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005;294:2064-74.
 59. Evans E, Hawton K, Rodham K et al. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide Life Threat Behav* 2005;35:239-50.
 60. Nock MK, Banaji MR. Prediction of suicide ideation and attempts among adolescents using a brief performance-based test. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:707-15.

Respaldo al empleo: rentabilidad en seis países europeos

MARTIN KNAPP^{1,2}, ANITA PATEL², CLAIRE CURRAN¹, ERIC LATIMER³, JOCELYN CATTY⁴, THOMAS BECKER⁵, OBERT E. DRAKE⁸, ANGELO FIORITTI⁷, REINHOLD KILIAN⁵, CHRISTOPH LAUBER⁸, WULF RÖSSLER⁹, TOMA TOMOV¹⁰, JOOSKE VAN BUSSCHBACH¹¹, ADELINA COMAS-HERRERA¹, SARAH WHITE⁴, DURK WIERSMA¹¹, TOM BURNS¹²

¹Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science, Houghton Street, London WC2A 2AE, UK; ²Centre for the Economics of Mental and Physical Health, King's College London, Institute of Psychiatry, De Crespigny Park, London, SE5 8AF, UK; ³Division of Social and Transcultural Psychiatry, Montreal, Quebec, H3A 1A1 Canada; ⁴Division of Mental Health, St. George's University of London, London, UK; ⁵Department of Psychiatry II, University of Ulm, BKH Gunzburg, Germany; ⁶New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Centre, Lebanon, NH, USA; ⁷Programma Salute Mentale, Azienda USL, Rimini, Italy; ⁸Institute of Psychology, Health and Society, University of Liverpool, Liverpool, L69 3GL, UK; ⁹Psychiatric University Hospital, Zurich, Switzerland; ¹⁰Institute of Human Relations, Sofia, Bulgaria; ¹¹Psychiatry Department, University Hospital, Groningen, Netherlands; ¹²University Department of Psychiatry, Warneford Hospital, Oxford, UK

Una gran proporción de personas con problemas de salud mental graves están desempleadas pero les gustaría trabajar. El programa Colocación y Apoyo al Individuo (IPS) representa un enfoque promisorio para establecer a las personas en un empleo remunerado. En un estudio randomizado y comparativo de seis países europeos, investigamos la justificación económica del IPS en personas con problemas de salud mental grave, en comparación con la rehabilitación laboral normal. Se distribuyó de manera aleatoria a los individuos (n = 312) para que recibiesen IPS o servicios laborales normales y se les hizo seguimiento durante 18 meses. Se obtuvieron datos sobre la utilización del servicio y sus resultados. Se llevó a cabo el análisis de rentabilidad con dos criterios principales de valoración: días adicionales trabajados en contextos competitivos y porcentaje adicional de individuos que trabajaron por lo menos un día. Los análisis distinguieron los efectos del país. También se llevó a cabo un análisis de rentabilidad parcial. Esta pauta también se mantuvo en análisis separados para cinco de los seis países europeos. La inclusión de los valores imputados para los datos de costes faltantes respaldaron estos hallazgos. El IPS se consideraría como más rentable que los servicios laborales normales. El análisis adicional demostró argumentos de rentabilidad para el IPS. En comparación con los servicios de rehabilitación vocacional normal, el IPS es, por tanto, probablemente ahorrador de costes y casi seguramente más rentable como una forma de ayudar a las personas con problemas de salud mental graves para que logren un empleo competitivo.

Palabras clave: respaldo al empleo, rentabilidad, enfermedad mental grave, economía, trabajo.

(*World Psychiatry* 2013;12:60–68)

Las personas con enfermedades mentales graves afrontan muchas dificultades para lograr un empleo remunerado y las tasas de empleo son bajas (1). No es sorprendente que muchos otros organismos y organizaciones resalten la necesidad de dirigir la ayuda a estos individuos (2,3). A medida que aumentan las presiones macroeconómicas y los presupuestos públicos afrontan recortes considerables, cada vez resulta más apremiante saber si tal ayuda es rentable (¿justifican los resultados los costos?) y valorar su repercusión en los presupuestos (¿cuál es la repercusión en el dispendio global?).

La Colocación y Apoyo al Individuo (IPS) es un servicio que ha surgido como una forma eficaz de ayudar a muchas personas con enfermedades mentales graves a obtener empleo competitivo (4,5) y podría posiblemente contribuir a la inclusión social y económica. Un estudio randomizado multicéntrico, llevado a cabo en seis ciudades europeas (el estudio EQOLISE), fue el primero en analizar directamente la hipótesis de que el IPS resultaría más eficaz que los servicios comparativos en Europa (6).

Al igual que en Estados Unidos (4), Canadá (7), Australia (8) y Hong Kong (9), el estudio reveló que los participantes en el IPS tenían muchas más probabilidades de trabajar en contextos competitivos y laborar más horas que los individuos que recibían servicios comparativos. En tiempos recientes, Bond et al (10) adujeron que los hallazgos positivos con el apoyo del IPS en Estados Unidos «pueden trasladarse bien a nuevos ámbitos siempre y cuando los programas logren una gran fidelidad con respecto al modelo de IPS». Sin embargo, ¿cuáles son

las consecuencias económicas? En este estudio, analizamos la rentabilidad, la repercusión en el presupuesto y la repercusión económica global del IPS, utilizando datos del estudio EQOLISE.

MÉTODOS

Diseño global del estudio EQOLISE

En el estudio EQOLISE, 312 individuos con enfermedad mental grave (esquizofrenia y trastornos esquizofreniformes, trastorno bipolar o depresión con manifestaciones psicóticas, utilizando los criterios de la ICD-10) fueron asignados de manera aleatoria para recibir IPS (n = 156) o servicios laborales normales (n = 156). La muestra se obtuvo de seis países europeos: Groninga (Países Bajos), Londres (Reino Unido), Rimini (Italia), Sofía (Bulgaria), Ulm-Günzburg (Alemania) y Zurich (Suiza). Las personas que se incorporaron en el estudio habían estado enfermas y presentando dificultades importantes para lograr roles normales durante un mínimo de dos años y no se habían empleado durante un mínimo de un año. Se les efectuó seguimiento durante 18 meses.

Las personas asignadas al grupo de IPS recibieron servicios de IPS con calificaciones de fidelidad que fluctuaban desde satisfactorias hasta regulares (61 a 70 de 75, con una mediana de 65) (11). Las intervenciones para comparación, que fueron seleccionadas para representar el mejor servicio de rehabilitación laboral típico de cada ciudad, se apegaron al enfoque de

capacitación en el lugar y consistieron en tratamiento del día o, en el caso de Ulm, atención en residencias. La distribución aleatoria fue a nivel de participante individual y se estratificó utilizando la técnica de minimización según diagnóstico en el centro y antecedentes de trabajo (más o menos un año de empleo en un trabajo previo). Los detalles adicionales se presentan en otra parte (6,12).

Evaluación económica

La evaluación económica se llevó a cabo desde la perspectiva del sistema de atención a la salud y social: los costes de la atención a la salud mental y física, la atención social (incluida la adaptación de la atención) y se tomaron en cuenta los servicios de rehabilitación laboral. El número de días laborados en ámbitos competitivos así como el porcentaje de miembros de la muestra que trabajaron por lo menos un día, sirvieron de medidas de eficacia para el análisis de rentabilidad.

Además, nos interesó analizar si el IPS ahorra costos en comparación con los servicios de rehabilitación laboral (en el sentido de que cuesta menos su funcionamiento) y si su cociente coste-beneficio era favorable (en el sentido de que los resultados logrados mediante el IPS al expresarse en términos monetarios superaban los costes, en comparación con la rehabilitación laboral).

Medidas

El personal laboral de cada servicio mantuvo el seguimiento de la experiencia de trabajo de cada individuo en forma constante, observando cuáles individuos trabajaron por lo menos un día en ámbitos competitivos, y alertando al personal de la investigación con respecto a cualquier trabajo que los pacientes podrían obtener. El personal de investigación contactó luego a los individuos y administró un cuestionario, al inicio y después del final de cada trabajo, confirmando las horas y los días trabajados.

Los datos sobre características individuales, resultados y uso de servicios fueron reunidos al inicio, y seis, 12 y 18 meses más tarde. Una versión adaptada del Inventario Sociodemográfico del Cliente y Recepción de Servicio —versión europea (CSS-RI-EU)— (13) se administró en cada uno de estos puntos de valoración para recopilar datos a un nivel individual sobre características sociodemográficas, situación de vivienda habitual, empleo, ingresos, utilización de servicios de atención a la salud y sociales y uso de medicación en los seis meses previos.

Se calcularon los costes del IPS y los servicios vocacionales habituales con base en la información reunida localmente en estos servicios en cada centro. Para mantener los costes por unidad compatibles con los costes estimados para otros servicios, aplicamos los costes por unidad del Reino Unido a los recursos humanos. Se calcularon otros costes de ingresos y operativos con base en los datos del nivel de servicio sobre la proporción de sus costes totales que comprendieron los costes salariales. Aplicamos el mismo cociente a los costes salariales que calculamos para cada servicio. Se excluyeron los costes de inversión debido a la falta de datos de los seis países. Cuando fue pertinente, convertimos los costes utilizando las paridades de poder adquisitivo con los precios de 2002 (en libras esterlinas). Los costes totales para cada servicio se dividieron entre el

número de clientes para obtener el coste promedio por cliente, ajustado de manera que reflejase un periodo de 18 meses. Para los centros con múltiples servicios de IPS u otros servicios laborales o los centros que proporcionaron datos en múltiples momentos de seguimiento, calculamos los costes por cliente para cada servicio/momento de seguimiento y luego tomamos un promedio de estos para cada grupo.

Los costes para otros servicios fueron asignados multiplicando las frecuencias de uso de servicios por los costes por unidad. Los costes por unidad para 2003 (cuando comenzó el estudio) fueron obtenidos del volumen anual de la Unidad de Investigación Personal de los Servicios Sociales de (PSSRU) para Inglaterra (14). Puesto que otros países incorporados en el estudio no tienen fuentes equivalentes de costes por unidad, y dadas las complicaciones generadas por el empleo de bases de costes múltiples, para todos los países se utilizaron las cifras correspondientes a Inglaterra.

Análisis

Los datos se analizaron utilizando el programa SPSS para Windows Release 12.0.1 (15) y STATA 8.2 (16) y 10.1 (17) para Windows. Los individuos fueron analizados en el grupo al cual fueron distribuidos de manera aleatoria independientemente del tipo o el nivel de ingresos recibidos del IPS u otros servicios laborales. Se llevaron a cabo análisis para los seis centros juntos, basándose en la potencia estadística, con el análisis subsiguiente de los resultados específicos de cada centro.

Los costes se compararon en cada punto de valoración y como totales durante todo el periodo de 18 meses y se comunican como valores medios con desviaciones estándar. Se obtuvieron las medias de las diferencias y los intervalos de confianza del 95% mediante regresiones de modelo bootstrap no paramétricas (1.000 repeticiones), las cuales comprendieron los costes de referencia como una covariable.

Algunos valores para los datos de costes de 18 meses se tuvieron que imputar debido a que 83 clientes tenían datos de costes faltantes en uno o más de los tres puntos de seguimiento. Los costes faltantes a los 18 meses se estimaron utilizando el procedimiento de imputación múltiple en Stata 10.1, que estimó un modelo previsor para los costes basados en costes en cada punto de seguimiento, edad, género sexual, país y grupo de distribución aleatoria. Se evaluó la repercusión en el presupuesto haciendo comparaciones de los costes totales durante 18 meses, con y sin imputación para los valores faltantes.

Se calcularon los índices de rentabilidad crecientes para cada combinación de coste-resultado que mostró costes más elevados y mejores desenlaces. Se calcularon estos como la media de la diferencia del coste entre el IPS y los servicios laborales durante el periodo de seguimiento de 18 meses dividido entre la diferencia media entre los grupos en la variable de resultado durante el mismo periodo.

Para valorar la repercusión de la incertidumbre del muestreo en la probabilidad de que el ISP sea rentable dados los grados variables de disponibilidad para remunerar (λ) por una unidad adicional de eficacia (un día adicional de trabajo, o un 1% adicional de participantes en el estudio que trabajaron durante un mínimo de un día), se construyeron las curvas de aceptabilidad de la rentabilidad basándose en el método del beneficio neto (18). Estos se basaron en la fórmula habitual (beneficio neto

Tabla 1. Media de costes de atención a la salud y social (£, 2003) para un periodo de seis meses en los tipos de componentes de la tupla T0, T1, T2 y T3

	Tiempo	IPS			Servicios laborales			Diferencias entre IPS y servicios laborales ^a	
		N	Media	SD	N válido	Media	SD	Media	IC del 95%
Alojamiento	0	156	822	4612	156	928	4801	-107	-1141, 946
	1	141	531	1952	130	391	1389	146	-222, 523
	2	133	499	1821	130	523	1977	-23	-479, 438
	3	132	536	1981	120	748	2165	-206	-715, 311
Servicios de internación	0	156	6034	10,575	156	5007	10,044	1027	-1121, 3293
	1	141	1861	6830	130	4056	9737	-2580	-4335, -717
	2	133	2499	7951	130	3222	8490	-1253	-3126, 696
	3	132	3441	10,915	120	3475	9176	-606	-2837, 1640
Servicios ambulatorios	0	156	442	1415	156	269	1137	172	-119, 423
	1	141	296	1189	130	132	644	161	-40, 396
	2	133	107	467	130	105	637	3	-139, 128
	3	132	242	1314	120	41	183	199	18, 455
Servicios basados en la población	0	156	512	1531	156	480	1388	32	-273, 353
	1	141	605	1475	130	626	1484	1	-285, 286
	2	133	543	1546	130	544	1241	19	-274, 348
	3	132	911	3006	120	498	1626	417	-156, 1027
Profesiones basadas en la población	0	156	977	1437	156	811	1182	166	-132, 467
	1	141	835	1233	130	1198	2960	-464	-1036, 13
	2	133	1073	4435	130	706	1172	355	-219, 1237
	3	132	834	1643	120	790	1352	-11	-377, 355
Medicación	0	156	483	490	156	502	596	-19	-144, 103
	1	141	559	538	130	522	569	49	-50, 156
	2	133	520	613	128	522	604	22	-99, 155
	3	132	624	756	120	700	935	-62	-254, 117
Total (con exclusión de costes de intervención)	0	156	9269	10,980	156	7998	10,991	1271	-994, 3661
	1	141	4688	7236	130	6926	10,417	-2720	-4624, -813
	2	133	5241	9428	128	5694	9460	-960	-3228, 1443
	3	132	6589	12,560	120	6253	9905	-319	-2781, 2336

IPS, Colocación y Apoyo al Individuo.

^aBasados en la regresión lineal bootstrapp de grupo sobre coste (1.000 repeticiones)

Las diferencias de la media en los componentes de la tupla T1, T2 y T3 están ajustadas con respecto a la estimación de referencia del componente de coste relevante.

= $\lambda E - C$), en la que E es eficacia (día adicional de trabajo o 1% adicional de clientes que trabajaron durante un mínimo de un día), C es coste y λ es la disponibilidad para pagar por una unidad adicional de efecto.

Se calculó una serie de valores de beneficio neto por cada individuo para una gama de valores de λ de entre 0 y 1.000 libras esterlinas (en incremento de 200 libras esterlinas). Después de calcular el beneficio neto para cada individuo por cada valor de la λ , se obtuvieron coeficientes de diferencias del beneficio neto entre los grupos a través de una serie de regresiones lineales de modelo bootstrap (1.000 repeticiones) del grupo con el beneficio neto. Se analizaron los coeficientes resultantes para calcular la proporción de veces que el grupo de IPS tuvo un mayor beneficio neto que el grupo con servicios de comparación para cada valor de la λ . Por último, se trazaron estas proporciones en una gráfica para generar curvas

de aceptabilidad de rentabilidad basándose en las perspectivas combinadas y específicas de cada centro. Se utilizaron valores imputados para estos cálculos.

Para el análisis de coste-beneficio (parcial), calculamos el valor monetario de días de empleo menos los costes totales (intervención más otros servicios utilizados) para los grupos de IPS y de rehabilitación laboral, y luego los comparamos mediante la regresión del beneficio neto (por individuo) en una asignación de aleatorización, realizando el ajuste con respecto a los costes de referencia. Utilizamos la regresión de bootstrap. El valor monetario inherente a cada día de empleo se basó en la premisa estándar de los análisis económicos de que el salario bruto remunerado es una estimación del valor social de lo que se produce. La tasa bruta promedio de la remuneración para alguien que previamente era apoyado por beneficios de bienestar a causa de enfermedad o discapacidad se calculó a partir de los datos del

Tabla 2. Costes de las intervenciones de IPS y de servicios laborales durante 18 meses, promedio por usuario (£, 2003)

	IPS	Servicios laborales
Londres	2086	3234
Ulm	1568	8586
Rimini	2467	9520
Zurich	1870	14,447
Groninga	1692	1385
Sofia	4757	1567

IPS, Colocación y Apoyo al Individuo.

Reino Unido sobre los destinos de los abandonos de beneficio y de los salarios que ganaron en 2003 (19). Esto produce un salario diario promedio bruto de 54,81 libras esterlinas, que luego se aplicó a los datos obtenidos en el estudio sobre el número de días trabajados. Obsérvese que este es un análisis de coste-beneficio parcial, pues no asignamos valores monetarios a alguna mejoría observada en la salud o la calidad de vida.

RESULTADOS

Muestra

Se ha comunicado en otras partes las características de los miembros de la muestra al inicio: no hubo diferencias entre los grupos de IPS y de control en ninguna de las variables de re-

ferencia medidas, tales como edad, género sexual, educación, situación de vivienda, estado de inmigración, hospitalizaciones en el curso de la vida, distribución de los diagnósticos o antecedentes de trabajo durante los cinco años previos (6).

Resultados

Como se comunicó con anterioridad (6), el estudio EQO-LISE demostró que el IPS era más eficaz que los servicios laborales para todo resultado laboral estudiado: 85 (55%) de los individuos asignados al IPS trabajaron por lo menos un día durante el periodo de seguimiento de 18 meses en comparación con 43 (28%) individuos asignados a servicios laborales. Los individuos asignados a servicios laborales tuvieron significativamente más probabilidades de desertar del servicio (45%) y de ser hospitalizados de nuevo (31%) que las personas del grupo de IPS del estudio (13% y 29%, respectivamente). Se observó también en el estudio que el contexto era importante y las tasas de desempleo local explicaban una proporción considerable de la variación observada en la eficacia del IPS.

Costes

Los costes de internación para el grupo con IPS, que fueron un poco más altos que los del grupo con atención habitual al inicio, disminuyeron mucho más que los del grupo con atención habitual durante los primeros seis meses después de la asignación aleatoria, de manera que los costes de internación ajustados en los primeros seis meses fueron significativamente

Tabla 3. Costes de intervención y costes totales a 18 meses (£, 2003)

	IPS			Servicios laborales			Diferencias entre IPS y servicios laborales ^a	
	N	Media	DE	N	Media	DE	Media	IC del 95%
Intervención (IPS/servicios laborales)	156	2424	1110	156	6446	4816	-4022	-4791, -3239
<i>Global</i>								
Exclusión del coste de intervención								
Casos disponibles	120	15,490	20,329	109	19,488	25,855	-5233	-10,855, 20
Imputados	156	16,453	22,514	156	18,999	23,541	-3845	-7854, 862
Incluido el coste de intervención								
Casos disponibles	120	17,814	20,201	109	26,206	27,076	-9616	-15,544, -4262
Imputados	156	18,877	22,372	156	25,445	24,856	-7880	-12,249, -3151
<i>Específico de centro</i>								
<i>Incluido el costo de intervención y basado en datos imputados</i>								
Londres	25	7414	5232	25	10,985	8929	-3769	-7654, -240
Ulm	26	18,442	17,832	26	33,414	24,275	-14,057	-24,875, -3468
Rimini	26	32,194	39,256	26	36,480	35,195	-10,261	-20,038, 601
Zurich	26	20,483	15,908	26	36,133	22,691	-17,944	-28,956, -8545
Groninga	26	22,469	23,388	26	22,209	24,912	233	-13,495, 14,171
Sofia	27	12,079	5870	27	13,359	9865	-2026	-6684, 2081

IPS, colocación y apoyo al individuo.

^aBasado en la regresión lineal de tipo bootstrapp de grupo sobre coste (1.000 repeticiones)

Las diferencias medias en los componentes de la tupla T1, T2 y T3 están ajustadas con respecto a la estimación de referencia del componente de coste relevante. En 83 casos faltaron los datos relativos al coste en uno o más tres puntos de seguimiento.

Tabla 4. Índices de rentabilidad creciente para IPS frente a servicios laborales (basado en costes totales a 18 meses)

Perspectiva del coste	Coste adicional por un 1% adicional de personas que trabajan por lo menos un día	Coste adicional por día trabajado adicional
Global - casos disponibles	Domina IPS	Domina IPS
Global - costes imputados	Domina IPS	Domina IPS
Londres - costes imputados	Domina IPS	Domina IPS
Ulm - costes imputados	Domina IPS	Domina IPS
Rimini - costes imputados	Domina IPS	Domina IPS
Zurich - costes imputados	Domina IPS	Domina IPS
Groninga - costes imputados	£ 233/7,7% = £ 30	£233/24,2 días = £10
Sofia - costes imputados	Domina IPS	Domina IPS

IPS, Colocación y Apoyo al Individuo.

más bajos para IPS que para el grupo con atención habitual (tabla 1). Sin embargo, la diferencia disminuyó durante los seis meses subsiguientes y estos costes de internación fueron prácticamente idénticos en los últimos seis meses. En cambio, los costes de servicios ambulatorios (ajustados para los costes ambulatorios al inicio) fueron mayores para el grupo con IPS durante el periodo de seguimiento final a seis meses, pero la diferencia fue pequeña. Los costes totales durante los primeros seis meses fueron más bajos para el grupo con IPS en más de 2.700 libras esterlinas, pero las diferencias en los dos periodos subsiguientes de seis meses no fueron significativas.

El coste de intervención de IPS en sí varió tres tantos en los diferentes centros (siendo más altos en Sofía y más bajos en Ulm), en tanto que los costes de intervenciones de comparación variaron más de 10 tantos (siendo más altos en Zurich y más bajos en Groninga; tabla 2). Al analizar únicamente los costes de intervención, el IPS fue más costoso que los servicios de comparación en dos de los centros y menos costoso en los otros cuatro.

En la tabla 3 se presentan los costes sumados durante 18 meses, distinguiendo entre los costes de intervención y otros más (agregados), con y sin imputaciones para los valores faltantes. También se presentan los costes totales (incluidas las imputaciones) según cada centro. Los servicios de IPS promediados

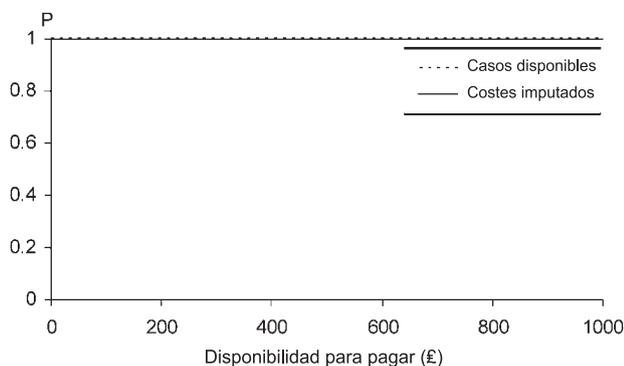


Figura 1. Probabilidad de que el modelo Colocación y Apoyo al Individuo sea rentable en comparación con los servicios laborales en relación con una gama de valores de disponibilidad para pagar por el 1% adicional de personas que trabajan por lo menos un día.

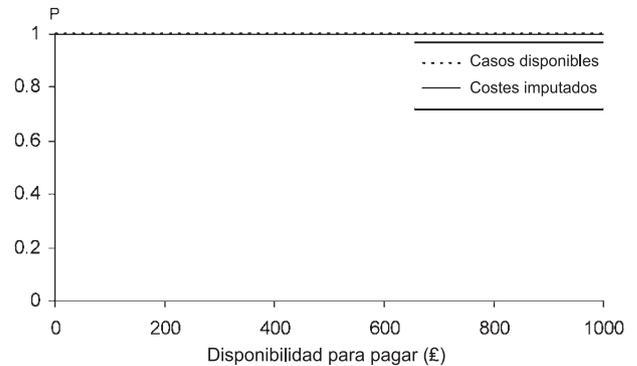


Figura 2. Probabilidad de que el modelo Colocación y Apoyo al Individuo sea rentable en comparación con los servicios laborales en relación con una gama de valores de disponibilidad para pagar por un día adicional de trabajo.

de todos los centros tuvieron un coste de 4.022 libras esterlinas menor que el de otros servicios laborales. Los costes totales por persona durante los 18 meses (ajustados con respecto al inicio) fueron significativamente más bajos —en casi un tercio— para el grupo con IPS. Al incluir las imputaciones para los valores faltantes se confirmó esto. Los costes ajustados totales fueron más bajos para el grupo con IPS en cinco de seis centros (la excepción fue Groninga), con diferencias para Londres, Ulm y Zurich que alcanzaron la significación estadística.

Rentabilidad

Se calcularon los índices de rentabilidad creciente para cada uno de los dos resultados a la vez, primero para toda la muestra y luego para cada uno de los seis centros (tabla 4). En los cinco centros en los que los costes generales fueron más bajos, el IPS dominó en la condición de control: es decir, fue más eficaz (en los dos criterios de valoración) y menos costoso. En la ciudad de Groninga, el gasto de 30 libras esterlinas adicionales por persona durante 18 meses mediante el cambio de los servicios laborales habituales al IPS dio por resultado un 1% adicional de individuos que trabajaron por lo menos un día en un ámbito competitivo; 10 libras esterlinas por persona «compró» un

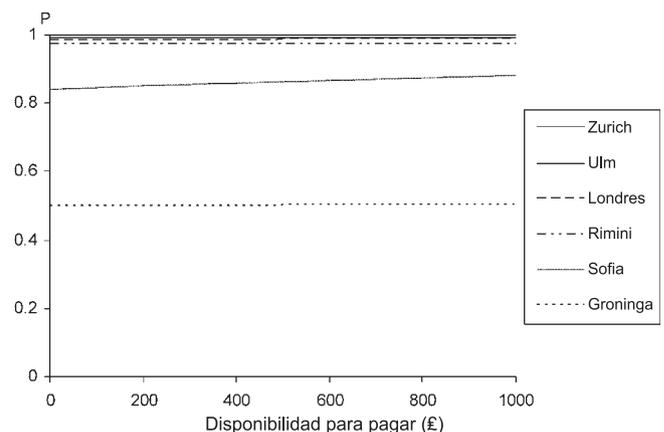


Figura 2. Probabilidad (según lugar) de que el modelo Colocación y Apoyo al Individuo sea rentable en comparación con los servicios laborales en relación con una gama de valores de disponibilidad para pagar por el 1% adicional de personas que trabajan por lo menos un día.

día adicional de trabajo. Sin embargo, puede señalarse que la diferencia de 24,2 días trabajados fue considerable en relación con la diferencia de 7,7% en la proporción de personas que trabajaron por lo menos un día, pues un individuo en el servicio de IPS laboró 456 días durante el periodo de 18 meses. Si se excluyó a esta persona de los análisis, la diferencia en los días funcionó bien hasta 8,3; después de esta exclusión, se necesitarían 28 libras esterlinas para alcanzar un día adicional de trabajo.

Las curvas de aceptabilidad de la rentabilidad ilustran la probabilidad de que el IPS es rentable en comparación con los servicios laborales como una función de la suma que un responsable de la decisión esté dispuesto a pagar por el 1% adicional de clientes que trabajen por lo menos un día durante el periodo de 18 meses o por un día adicional de trabajo (figs. 1 y 2, respectivamente). Esta probabilidad fue casi igual a 1 en cada caso, pues los umbrales de disponibilidad para pagar fluctuaron de 0 a 1.000 libras esterlinas. La inclusión o no inclusión de los valores imputados por los datos faltantes no contribuyó a una diferencia material en el resultado.

Se trazaron las curvas de aceptabilidad de rentabilidad de cada centro para el resultado que midió «el 1% adicional de clientes trabajando» (fig. 3). Con los tamaños de la muestra más pequeña implícitos, Zurich, Ulm, Londres y Rimini mostraron las probabilidades más altas de que el IPS es rentable. La ciudad de Sofía le siguió cercanamente. Groninga mostró el nivel más bajo y los servicios de IPS y laborales por lo general se interpretarían con base en esta evidencia de que son equivalentes en ese centro. Como un análisis de sensibilidad, la disponibilidad para pagar por el 1% adicional de clientes que trabajen en Groninga se incrementó a 5.000 y 10.000 libras esterlinas. La probabilidad de la rentabilidad todavía sólo alcanzó 0,545 en el umbral de 10.000 libras esterlinas.

Coste-beneficio

La diferencia entre el coste, la intervención y el valor del empleo logrado (días trabajados, valuados como el salario bruto esperado en Reino Unido para alguien que obtiene un empleo después del apoyo con prestaciones sociales a causa de enfermedad o discapacidad) promedió -9.440 libras esterlinas para los individuos del grupo con IPS y -25.151 libras para los individuos del grupo con rehabilitación laboral. Estos signos negativos indican que los costes de la intervención y el apoyo superaron el valor monetario del empleo ganado. Para comparar entre los dos grupos, se utilizó la regresión bootstrap (1.000 repeticiones) para ajustar con respecto a los costes iniciales (a fin de ser compatible con nuestros otros análisis) y reveló una diferencia en el beneficio neto de +17.005 libras esterlinas a favor del IPS. En otras palabras, este análisis de coste-beneficio (parcial) muestra que el IPS representa una utilización más eficiente de los recursos que el programa con que se comparó.

DISCUSIÓN

El empleo es un factor importante que contribuye a la posición económica, posición social y calidad de vida de un individuo. Lamentablemente las personas con enfermedades mentales graves tienen altas tasas de desempleo. Por ejemplo, en un estudio europeo de cinco países se descubrió que menos de

una cuarta parte de las personas con esquizofrenia tenía empleo remunerado, que la proporción era de un mínimo de 5% en Londres (20). Las repercusiones económicas y sociales de las dificultades de empleo son enormes. En los individuos, puede significar el confiar a largo plazo en las prestaciones sociales del estado, un trabajo inseguro con baja remuneración y una trampa de discapacidad que dificulta la salida (21). Para la sociedad en general, las repercusiones son el riesgo de un grupo de personas casi permanentemente marginadas y socialmente excluidas (21) y los altos costes: las pérdidas de la productividad a causa del desempleo o el ausentismo contribuyen a una gran proporción del coste global de la esquizofrenia en muchos países (22).

Las políticas públicas en gran parte del mundo resaltan la importancia de promover las oportunidades de empleo para los grupos con desventaja, incluidas las personas con discapacidades crónicas y problemas de salud (2,3). Aunque la atención a las políticas por lo general se ha enfocado más en las personas con trastornos mentales frecuentes, se han hecho diversos intentos por mejorar el acceso al empleo para las personas con problemas de salud mental graves. Estos comprenden la creación de ámbitos laborales protegidos, los modelos de club y empresas sociales y, en tiempos más recientes, la integración en ámbitos de trabajo competitivos sin pasos preparatorios previos, después del enfoque de IPS. El IPS busca colocar a las personas en empleos remunerados abiertos, proporcionándoles un apoyo intensivo y continuado. El enfoque tiene un historial alentador en varias ciudades de los Estados Unidos y está comenzando a valorarse en otras partes. Esta exploración más amplia es necesaria pues, por ejemplo, los sistemas de salud europeos, los sistemas de prestaciones y los mercados de trabajo difieren en formas importantes de los correspondientes a Estados Unidos.

En este estudio europeo multicéntrico de respaldo al empleo, se descubrió que el IPS supera los servicios laborales alternativos con los cuales fue comparado, produciendo mejores resultados por lo que respecta a la proporción de personas que trabajaron por lo menos un día y el número de días que trabajaron a un coste más bajo en general para el proveedor gubernamental de servicios de salud y atención social. Esta pauta se mantuvo vigente en cinco de los seis centros europeos y Groninga fue la única excepción. Con la inclusión de los valores imputados se mantuvo la diferencia. Un análisis de la incertidumbre utilizando curvas de aceptabilidad de rentabilidad genera una perspectiva global uniforme de los hallazgos por cuanto se utilicen o no se utilicen valores imputados, es casi seguro que el IPS se visualice como más rentable que los servicios laborales normales incluso cuando el responsable de tomar las decisiones no esté dispuesto a pagar nada por un 1% adicional de clientes que trabajan por lo menos un día o por un día adicional de trabajo. No debiera sorprender que el IPS produzca mejores resultados al empleo competitivo que los servicios laborales con los que se comparó en Europa, dado que el IPS se ha realizado de manera que casi en todas partes se ha puesto a prueba, sea en Estados Unidos, Canadá, Australia o Hong Kong (10). Una excepción es el estudio Respaldo al Trabajo y Necesidades (SWAN) (23), aunque se han expresado inquietudes en torno a la fidelidad del servicio de IPS administrado (24).

Se dispone de escasos resultados sobre rentabilidad que sirvan de referencia para comparar los hallazgos del presente es-

tudio. Sólo en tres estudios previos sobre el IPS parece haberse comunicado resultados de rentabilidad y los resultados de coste-beneficio son incluso más infrecuentes. Tras comparar el IPS con un programa de rehabilitación laboral intensificado en barrios pobres de Washington, Dixon et al (25) estimaron que el IPS permitía a los clientes lograr horas adicionales de empleo competitivo a un coste promedio de 13 dólares por hora o 283 dólares por semana adicional de trabajo competitivo (contando los costes directos de la salud mental). En el estudio SWAN se determinó que, si bien la intervención tiene un costo de sólo 296 libras esterlinas por cliente, los participantes del grupo de control que fueron hospitalizados tuvieron hospitalizaciones más prolongadas, de manera que los costes totales fueron 2.176 libras esterlinas más altos en promedio para los clientes del grupo de control. Por consiguiente, al intervención fue rentable (menos costos con eficacia similar), pero parece improbable que los ahorros en hospitalización sean atribuibles a la intervención, la cual tuvo una intensidad muy baja (23,26). Clark et al (27) aplicaron un marco de referencia de coste-beneficio al estudio de IPS en New Hampshire y estimaron un índice de beneficio-coste marginalmente más alto para el IPS que para la enseñanza de habilidades de grupo, desde las perspectivas de la sociedad como un todo (2,18 frente a 2,07) así como desde las perspectivas del gobierno (1,74 frente a 1,39). Aquí las dos intervenciones se relacionaron con reducciones significativas y casi idénticas en los costes de hospitalización.

La diferencia en el presente estudio es atribuible en parte a que el IPS en sí es menos costoso que los servicios de comparación: cuesta menos que los servicios de comparación en cuatro centros. También es atribuible a costes de internación más bajos —a diferencia del hallazgo en el estudio de Washington—. Entre los cinco estudios semiexperimentales que han analizado una relación entre las hospitalizaciones (o los días de internación en hospital) y el estar en el programa IPS, tres no comunicaron ningún indicio de una relación (28-30), en tanto que los otros dos comunicaron menos hospitalizaciones para el grupo con IPS (31-33). Sin embargo, en un caso se identificaron menos hospitalizaciones en personas con más uso de servicios de salud mental ambulatorios (32).

Hay una serie de motivos por los cuales el IPS podría reducir la hospitalización. Es posible que los consejeros laborales observen, por ejemplo, signos de que su cliente está en el camino hacia una crisis y alerten a sus profesionales clínicos. Su relación con un cliente puede en sí y por sí misma tener un efecto terapéutico. Los clientes que comienzan a trabajar pueden experimentar una mejora de los síntomas y la autoestima (34,35), lo cual podría a su vez reducir las hospitalizaciones. Los estudios que han valorado los efectos del trabajo sobre los costes globales de tratamiento parecen indicar que, en los pacientes que entran a trabajar (lo cual el IPS facilita pero no lo garantiza), hay reducciones de los costes de tratamiento (36-38) y estos en gran parte están sujetos a la influencia de la utilización de internación.

En el presente estudio, la hospitalización para el grupo con IPS se redujo en grado significativo sólo durante los primeros seis meses; la diferencia básicamente desapareció hacia el final del periodo de seguimiento. Los análisis adicionales (no comunicados aquí) indicaron una variabilidad considerable en la diferencia de los costes de internación entre los grupos con IPS y de comparación en los diferentes centros y en el transcurso

del tiempo. De hecho, tanto los efectos invariables como las regresiones de los efectos aleatorios de los costes de hospitalización en el curso del tiempo, el servicio y la interacción entre los dos, indicó una tendencia decreciente global en los costes de hospitalización, pero ninguna diferencia en la tendencia entre el IPS y los servicios habituales ($p = 0,34$ y $0,44$, respectivamente). Por tanto, la diferencia observada a los seis meses podría ser atribuible al azar. En sólo uno de los seis centros (Groninga) el IPS generó costes numéricamente más altos que la intervención con que se comparó (pero la diferencia no fue significativa). Este fue el centro donde se implementó el IPS en la forma menos eficaz en comparación con los servicios habituales: parece representar una experiencia atípica.

Las variaciones de los costes de servicios laborales entre los centros también merecen un comentario. No es sorprendente que, dada la heterogeneidad de los servicios vocacionales tradicionales, el coste de los servicios de comparación variase ampliamente en los diferentes lugares. La variación considerable (de tres tantos) en los costes de los servicios de IPS fue más sorprendente, debido a que se utilizaron los mismos costes por unidad para calcular los costes en los diferentes centros, y en virtud de que todos los lugares alcanzaron grados satisfactorios o regulares de fidelidad al modelo de IPS (6). Las diferencias de la infraestructura pueden explicar parte de la variabilidad de los costes de intervención del IPS.

El análisis de coste-eficacia se llevó a cabo desde la perspectiva del sistema de atención a la salud y los costes midieron sólo las contribuciones de la atención a la salud y social. Aunque la eficacia se valoró en términos de empleo ganado, este es un objetivo válido para los servicios de salud mental de la población. Cuando recurrimos a los argumentos de coste-beneficio, asignamos una estimación del valor social del empleo ganado pero no intentamos adjudicar valores monetarios a cualquier otra mejora clínica o en la calidad de vida. Aun así, este análisis parcial demostró el valor social más amplio del enfoque del IPS.

El tamaño limitado de la muestra para el análisis del coste es una limitación del estudio, aunque una que es difícil de evitar dada la complejidad (y el coste) de llevar a cabo estudios como este. La utilización de los costes por unidad del Reino Unido para todos los centros de estudio también puede considerarse como una limitación del estudio, pero esto no se podría evitar dada la falta de información específica de cada país para calcular costes por unidad válidos y equivalentes en todos los lugares. Por otra parte, el empleo de costes por unidad específicos de cada país introduce una variación extraña adicional que se habría tenido que ajustar en los análisis. De hecho, los costes por unidad para los servicios de salud y la atención social en gran parte están impulsados por las tasas de salario locales. Las tasas de salario más bajas en algunos lugares, como Sofía, tenderían a reducir los costes por unidad más o menos proporcionalmente, de manera que es improbable que las diferencias observadas en el coste entre el IPS y los servicios de comparación modificasen mucho su magnitud. Otra limitación es que no fue posible tomar en cuenta los cambios en el coste de las prestaciones sociales vinculadas a los beneficios del desempleo o los cambios en las contribuciones de los impuestos a los ingresos. Para un análisis de la rentabilidad, estos serían irrelevantes ya que transfieren los pagos, pero sería de interés para el gobierno que tiene que financiarlos.

Cuando los organismos públicos quieren introducir políticas para mejorar las tasas de empleo en las personas con necesidades de salud mental, no tienden a prestar gran atención a las personas que tienen las necesidades más graves. Esto puede deberse al número comparativamente pequeño de personas que participan y tal vez porque las autoridades no consideran que se pueda hacer mucho a un costo sostenible. Sin embargo, este estudio europeo de seis países pinta un cuadro más favorable.

Esto no sólo es cuestión de ayudar a las personas desempleadas a obtener un empleo, no importa cuán fundamentalmente importante sea esto, sino de abordar las necesidades de las personas que afrontan desventajas a largo plazo. El empleo es una fuente de ingresos e independencia y un factor importante que contribuye a la inclusión social, la autodeterminación y el restablecimiento. El IPS parece representar un medio eficaz y rentable para ayudar a muchas personas con enfermedades mentales graves a acercarse más a lograr sus metas de empleo.

Agradecimientos

El estudio fue financiado por una donación del Programa de Calidad de Vida y de Gestión de Recursos Vivientes de la Comisión Europea, QLRT 2001-00683. Externamos las gracias a G. McHugo por su asesoría metodológica, a D.R. Becker por capacitar a los trabajadores del IPS y a los propios trabajadores del IPS: A. Lewis (Londres), W. Dorn y E. Marishka (Ulm), D. Piegari (Rimini), B. Bartsch y P. Meyer (Zurich), A. Mieke Epema, L. Jansen y B. Hummel (Groninga), P. Karaginev (Sofía). Los autores también agradecen a J.L. Fernández (Escuela de Economía de Londres) por sus comentarios a un borrador previo de este artículo.

Bibliografía

1. Marwaha S, Johnson S, Bebbington P et al. Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *Br J Psychiatry* 2007;191:30-7.
2. Department of Health. No health without mental health: a cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages. London: Department of Health, 2011.
3. European Commission. Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union. Brussels: Commission of the European Union, 2005.
4. Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomised controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J* 2008;31:280-90.
5. Corrigan PW, Mueser KT, Bond GR et al. Principles and practice of psychiatric rehabilitation: an empirical approach. New York: Guilford, 2008.
6. Burns T, Catty J, Becker T et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007;370:1146-52.
7. Latimer E, Lecomte T, Becker D et al. Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: results of a Canadian randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006;189:65-73.
8. Killackey E, Jackson HJ, McGorry PD. Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *Br J Psychiatry* 2008;193:114-20.
9. Wong K, Chiu R, Tang B et al. A randomised controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong. *Psychiatr Serv* 2008;59:84-90.
10. Bond GR, Drake RE, Becker DR. Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry* 2012;11:32-9.
11. Bond GR, Becker DR, Drake RE et al. A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment. *Rehabil Couns Bull* 1997;40:265-84.
12. Catty J, Lissouba P, White S et al. Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international sixcentre randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008;192:224-31.
13. Chisholm D, Knapp M, Knudsen HC et al. Client Socio-demographic and Service Receipt Inventory — EU version: development of an instrument for international research. *Br J Psychiatry* 2000;177(Suppl. 39):28-33.
14. Curtis L, Netten A. Unit Costs of Health and Social Care 2003. Canterbury: PSSRU, University of Kent, 2003.
15. SPSS Inc. SPSS for Windows Release 12.0.1. SPSS Inc, 1989-2001.
16. StataCorp LP. STATA 8.2 for Windows. StataCorp LP, 1985-2004.
17. StataCorp LP. STATA 10.1 for Windows. StataCorp LP, 1985-2009.
18. van Hout BA, Al MJ, Gordon GS et al. Costs, effects and C/Eratios alongside a clinical trial. *Health Econ* 1994;3:309-19.
19. Bowling J, Coleman N, Wapshott J et al. Destinations of benefit leavers. London: Department for Work and Pensions, 2004.
20. Knapp M, Chisholm D, Leese M et al. Comparing patterns and costs of schizophrenia care in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:42-54.
21. Drake RE, Bond G, Thornicroft G et al. Mental health disability: an international perspective. *J Disability Policy Studies* (in press).
22. Knapp M, Mangalore R, Simon J. The global costs of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2004;30:279-93.
23. Howard L, Heslin M, Leese M et al. Supported employment: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010;196:404-11.
24. Latimer E. An effective intervention delivered at sub-therapeutic dose becomes an ineffective intervention. *Br J Psychiatry* 2010;196:341-2.
25. Dixon L, Hoch JS, Clark R et al. Cost-effectiveness of two vocational rehabilitation programs for persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2002;53:1118-24.
26. Heslin M, Howard L, Leese M et al. Randomised controlled trial of supported employment in England: 2 year follow-up of the Supported Work And Needs (SWAN) study. *World Psychiatry* 2011;10:132-7.
27. Clark RE, Xie H, Becker DR et al. Benefits and costs of supported employment from three perspectives. *J Behav Health Serv Res* 1998;25:22-34.
28. Bailey E, Ricketts S, Becker D et al. Do long-term day treatment clients benefit from supported employment? *Psychiatr Rehabil J* 1998;22:24-9.
29. Becker DR, Bond GR, McCarthy D et al. Converting day treatment centers to supported employment programs in Rhode Island. *Psychiatr Serv* 2001;52:351-7.
30. Clark RE, Bush PW, Becker DR et al. A cost-effectiveness comparison of supported employment and rehabilitative day treatment. *Admin Policy Ment Health* 1996;24:63-77.

31. Drake RE, Becker DR, Biesanz JC et al. Rehabilitative day treatment vs. supported employment: I. Vocational outcomes. *Commun Ment Health J* 1994;30:519-31.
32. Drake R, Becker D, Biesanz JC et al. Day treatment vs supported employment for persons with severe mental illness: a replication study. *Psychiatr Serv* 1996;47:1125-7.
33. Henry AD, Lucca AM, Banks S et al. Inpatient hospitalisations and emergency service visits among participants in an Individual Placement and Support (IPS) model program. *Ment Health Serv Res* 2004;6:227-37.
34. Bond G, Resnick S, Drake R et al. Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *J Consult Clin Psychol* 2001;69:489-501.
35. Mueser KT, Becker DR, Torrey WC et al. Work and non-vocational domains of functioning in persons with severe mental illness: a longitudinal analysis. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:419-26.
36. Bush P, Drake R, Xie H et al. The long term impact of employment on mental health service use and costs for persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2009;60:1024-31.
37. Perkins DV, Born DL, Raines JA et al. Program evaluation from an ecological perspective: supported employment services for persons with serious psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J* 2005;28:217-24.
38. Schneider J, Boyce M, Johnson R et al. Impact of supported employment on service costs and income of people with mental health needs. *J Ment Health* 2009;18:533-42.

«Perdimos todo lo que teníamos en un segundo»: haciendo frente al duelo y la pérdida después de un desastre natural

SAMANTHIKA EKANAYAKE¹, MARTIN PRINCE², ATHULA SUMATHIPALA³, SISIRA SIRIBADDANA³, CRAIG MORGAN⁴

¹Health Systems and Health Equity Research Group, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada; ²Section of Epidemiology, Institute of Psychiatry, King's College, London, UK; ³Institute for Research and Development, Colombo, Sri Lanka; ⁴Section of Social Psychiatry, Institute of Psychiatry, King's College, London, UK

Los desastres naturales producen un inmenso sufrimiento en las poblaciones afectadas. La mayor parte ocurre en países en vías de desarrollo, los cuales cuentan con menos recursos para responder a los traumas y dificultades resultantes. En consecuencia, la mayoría de los sobrevivientes tienen que depender de sus propios recursos de adaptación y recurrir a cualquier apoyo que persista en la familia, las redes sociales y la población general para adaptarse y lidiar con sus pérdidas y angustia emocional consecutiva. Tomando el maremoto asiático de 2004 como un ejemplo, en este artículo se informan los hallazgos de un estudio cualitativo concebido para investigar de qué manera los sobrevivientes sobrevivieron en Sri Lanka y la gama de estrategias de adaptación adoptadas así como los recursos movilizados. Se llevaron a cabo entrevistas detalladas con 38 sobrevivientes del Distrito Matara del sur de Sri Lanka muestreados intencionalmente. Los relatos de los sobrevivientes resaltaron la importancia de las redes de apoyo extendidas, la fe y las prácticas religiosas y las tradiciones culturales para facilitar el restablecimiento y conservar el bienestar emocional. Los participantes evaluaron en concreto las respuestas de ayuda del gobierno y externas que promovieron estas, a través de la contribución al restablecimiento de la vida social, cultural y económica. No se recurrió mucho a la atención a la salud mental profesional y la intervención psicológica occidental y los sobrevivientes prefirieron buscar ayuda de curanderos tradicionales y religiosos. Nuestros hallazgos tentativamente indican que la salud mental a largo plazo después del desastre en el primer caso puede promoverse respaldando el restablecimiento de los recursos naturales a través de los cuales las poblaciones tradicionalmente responden al sufrimiento.

Palabras clave: desastre natural, traumatismo, resiliencia y adaptación, sufrimiento emocional.

(*World Psychiatry* 2013;12:69–75)

Los desastres naturales están ocurriendo a un nivel global con una frecuencia creciente, sobre todo por la tendencia creciente a los desastres hidrometeorológicos (1,2). La mayor parte de estos desastres naturales son imprevisibles y rápidos; en consecuencia, a menudo muchos millares de personas presentan pérdidas inmensas con considerables dificultades sociales y económicas subsiguientes. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud ha estimado que sólo un 5% a un 10% de los individuos de poblaciones afectadas por los desastres presentan problemas emocionales y de salud mental graves que precisan la intervención; al parecer, un número mucho mayor cuenta con los recursos para mitigar la repercusión de duelo y el trauma, tal vez basándose en la resiliencia interna y los recursos de apoyo externos (3). La mayor parte de los desastres naturales ocurren en países en vías de desarrollo, donde es escasa la disponibilidad de servicios de salud mental profesional. Esto plantea interrogantes importantes en torno a cómo las poblaciones y los individuos afectados se las arreglan y hacen frente al trauma y a la pérdida después del desastre, y el rol apropiado de los servicios de salud mental, sobre todo las intervenciones psicológicas, en este.

La adaptación y la resiliencia han figurado entre los intereses clave de los investigadores que han estudiado las poblaciones afectadas por desastres (4,5). La capacidad de adaptarse y recuperarse de la pérdida está determinada por una serie de factores (6) que tienen lugar en los periodos previo al desastre, durante el desastre y después del desastre (7). La fortaleza personal, las creencias religiosas y la fe así como el apoyo externo parecen desempeñar papeles clave para adaptarse después de un desastre masivo o acontecimientos vitales importantes (8,9). Se ha llevado a cabo un gran número de estudios sobre adaptación en los sobrevivientes del huracán Katrina en Estados Unidos (10-

13). Se dispone de algunos estudios de poblaciones afectadas por el maremoto asiático de 2004 (14,15), los sobrevivientes del terremoto chino en 2008 (16) y los sobrevivientes de las inundaciones en Bangladesh durante 1998 a 2005 (17). Todos parecen indicar que las estrategias de adaptación se ponen en juego ante la repercusión del desastre.

La mayor parte de los estudios hasta el momento han utilizado métodos cuantitativos, con escalas normalizadas para valorar la adaptación. Sólo en pocas investigaciones se han utilizado métodos pormenorizados para explorar con más detalle de qué manera se las arreglan y se adaptan los sobrevivientes de desastres (5). El único estudio cualitativo de sobrevivientes del maremoto asiático de 2004 fue realizado en Tamil Nadu, India (4). Los autores identificaron una gama de estrategias utilizadas por los sobrevivientes (p. ej., aceptar la pérdida y la tolerancia de las penurias, reuniones sociales para recordar a los muertos y organización de nuevos matrimonios). La forma más frecuente de adaptación fue espiritual (es decir, réquiem, rituales y búsqueda de ayuda espiritual). Sin embargo, sigue siendo limitada nuestra comprensión de la forma en que los sobrevivientes, sobre todo en contextos no occidentales, se las arreglan y movilizan recursos para hacer frente al desastre.

Utilizando métodos cualitativos pormenorizados, investigamos las estrategias de adaptación adoptadas por los sobrevivientes del maremoto ocurrido el día después de La Navidad de 2004 en Sri Lanka para hacer frente a una gama de problemas psicológicos y sociales.

MÉTODOS

El contexto de este estudio fue el Distrito Matara del Sur de Sri Lanka, donde 19.744 familias resultaron afectadas, 2.235

fueron desplazadas y 1.342 personas fallecieron (18). Llevamos a cabo trabajo de campo desde octubre de 2007 hasta septiembre de 2008 en algunas divisiones de Grama Niladari (la unidad administrativa más baja en Sri Lanka, que por lo general comprende dos a tres pueblos). Se obtuvieron aprobaciones éticas de los comités de ética de King's College London, UK y la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Sri Jayawardanapura, Sri Lanka.

Este fue un estudio principalmente cualitativo basado en entrevistas pormenorizadas individuales con los sobrevivientes y las observaciones de investigador y los recursos oficiales secundarios proporcionaron datos adicionales. Además, utilizamos dos herramientas de detección —el Cuestionario de Salud del Paciente PRIME-MD (PHQ-9, 19) y la Entrevista Diagnóstica Internacional Combinada (CIDI, 29), Sección K— para obtener información normalizada sobre el estado de salud mental actual de los participantes.

Se seleccionó intencionalmente a participantes de 18 y más años de edad basándose en una rejilla de muestreo diseñada de antemano, que fue concebida para asegurarnos de incluir tanto hombres como mujeres, diferentes grupos de edad y personas con diversas experiencias durante el maremoto (es decir, familiar muerto o desaparecido, o afectado de otra manera, desplazado o reubicado). Para incrementar la heterogeneidad de la muestra, también se seleccionaron diversos grupos religiosos, étnicos y socioeconómicos. Para identificar a los posibles participantes, se obtuvo una lista de personas afectadas de funcionarios de gobierno a nivel de la población. Por consiguiente, la muestra final consistió en 38 adultos sobrevivientes de 12 divisiones de líderes de pueblo (Grama Niladari) de las Secretarías Divisionales de Matara y Weligama, de los cuales 21 eran mujeres y 17 eran hombres.

Las entrevistas pormenorizadas con los participantes se basaron en una guía temática preparada específicamente para este proyecto. Los temas clave comprendían experiencias durante el día del maremoto, la naturaleza de cualquier pérdida o consecuencia del suceso, las respuestas y las formas de adaptarse y la magnitud del apoyo disponible (tanto informal como formal). Se realizaron entrevistas en los domicilios de los participantes o en el lugar de su elección. Todas ellas las llevó a cabo en cingalés el primer autor (SE) y se registraron con el permiso de los participantes. Un asistente de investigación tomó notas de campo. Poco después de la terminación, las entrevistas se transcribían literalmente en cingalés y luego se tradujeron al inglés. El primer autor tradujo todas las entrevistas al principio y después cada una de estas traducciones fue analizada por separado comparándolas con su transcripción en cingalés al lo menos por dos personas que han realizado redacciones considerables tanto en cingalés como en inglés, incluido el tercer autor (AS). Además, se utilizó la observación y fuentes secundarias.

Las transcripciones de la entrevista fueron analizadas utilizando análisis temático con algunos elementos de teoría fundamentada (es decir, utilización de comparación constante para ir más allá de la identificación de temas individuales a fin de explorar conexiones entre los temas, como base de las formulaciones más teóricas). El análisis fue realizado mediante los siguientes pasos: lectura detallada y anotación de las transcripciones para identificar temas o códigos iniciales; definición y redefinición de los códigos; establecimiento de categorías de

orden más alto, más abstractas; refinamiento de códigos y categorías a través de la comparación y el contraste; y elaboración de un modelo temático global. La codificación fue realizada en forma conjunta por el primer autor (SE) y el autor principal (CM) y los códigos se analizaron adicionalmente con el equipo de investigación. Cuando se finalizó el marco de codificación, valoramos la fiabilidad entre los codificadores para 20 transcripciones y logramos un acuerdo de más del 90%. El análisis de los datos se facilitó con el programa NVivo7 (21).

RESULTADOS

El grupo de estudio comprendió 21 mujeres y 17 hombres de 18 a 65 años de edad. Entre los 38 participantes, 36 eran singaleses y dos eran musulmanes. No pudimos identificar a ningún participante tamil en el área de estudio. La mayoría eran budistas (34) y dos de cada uno eran católicos y musulmanes. Cinco participantes sufrieron lesiones físicas graves durante el maremoto y 11 presentaron lesiones moderadas. El grupo de estudio comprendió 20 individuos que perdieron uno o múltiples familiares, tres de los cuales nunca recuperaron los cuerpos de sus familiares. Hasta cierto grado casi todos los participantes en el grupo de estudio habían sido desplazados y experimentado pérdida de propiedad, medios de vida o artículos domésticos.

Los resultados del PHQ y la CIDI indicaron que cinco participantes tenían manifestaciones del trastorno por estrés posttraumático y trastornos somatiformes, y tres tenían manifestaciones de depresión mayor, utilizando los criterios diagnósticos normales. Siete participantes comunicaron otros síntomas de depresión o ansiedad sin cumplir los criterios para el trastorno durante el periodo de obtención de datos.

Los participantes describieron una gama de estrategias que se adoptaron en diferentes momentos después del maremoto para hacer frente y responder al trauma emocional inmediato y duradero y la devastación práctica que ellos y sus poblaciones sufrieron. Estas estrategias se describen en las siguientes secciones.

Resiliencia y fe

Muchos participantes consideraron que el impulso para superar la angustia debía provenir de ellos mismos y resaltaron la importancia de la automotivación y de adoptar una perspectiva positiva. En este sentido, la angustia emocional se concibió en términos de falta de estabilidad y equilibrio con la meta consecutiva de restablecer la «estabilidad emocional» o «un estado mental firme». La idea de la esperanza y la motivación para superar la angustia y las memorias traumáticas fue compartida por la mayoría de los participantes.

«Veo todo de manera positiva». Tuve esa fortaleza siempre y esa es mi naturaleza. No tengo expectativas no alcanzables en la vida y no me desespero ante ninguna circunstancia».

Muchos, sobre todo mujeres y participantes mayores, hablaban sobre la importancia y pertinencia de su fe y religión y trataban de dar sentido a sus pérdidas a través de su fe y creencias religiosas. Por ejemplo, los budistas a menudo comentaban que el maremoto era un ejemplo de lo que predicaba Buda sobre la provisionalidad de la vida y la naturaleza.

«Perdimos todo lo que teníamos en un segundo. Poco después del incidente realmente estábamos desesperados y perdimos todas nuestras esperanzas en el futuro. Aun ahora no tratamos de conseguir cosas materiales refinadas debido a esa experiencia. Como lo decía Buda en su predicación, ahora comprendimos la naturaleza temporal de la vida».

Los participantes católicos y musulmanes también estaban convencidos de que Dios los había ayudado a escapar de tal catástrofe («fue voluntad de Dios») y que Dios los protegería de cualquier desastre futuro.

Lo que es muy digno de notar aquí es que estas descripciones comparten un elemento de fatalismo y confianza absoluta en una autoridad superior que brindará protección contra lo imprevisible y lo incontrolable. En este sentido, la fortaleza interna descrita por algunos individuos que les permitió recuperarse del trauma emocional del maremoto se deriva de la fe y la creencia religiosa; esta creencia es reforzada pues los sucesos del maremoto hacen sentido al hacer referencia (y por tanto brindar apoyo) a las enseñanzas de su fe.

No obstante, para algunos el maremoto no hacía sentido en relación con las creencias previamente sostenidas. Esto fue muy frecuente en quienes habían perdido a alguien cercano. Esto puede ser un signo de desesperanza e ira de que su fe no les haya evitado el sufrimiento y no les haya protegido a su familia. Una participante, por ejemplo, culpó a Dios de ser cruel con ella y de tomar la vida de su hija de 6 años de edad.

«Como lo afirman todas las religiones si hay tal poder sobrenatural por qué no pudieron salvar las vidas de estas víctimas? Si así es, cuál es el propósito de tener una religión. Aun cuando sea católica mi hija iba a un templo cada día de luna llena con mis vecinos. Ninguna religión pudo salvar su vida».

Además, los datos tentativamente parecen indicar que la pérdida de la fe fue frecuente en aquellos con problemas de salud mental a largo plazo y puede ser que la pérdida de la fe después de tal trauma prive a los individuos de medios culturalmente arraigados de dar sentido a los infortunios y el hacerlo complica la pérdida y el sufrimiento.

Compartir el dolor

Muchos participantes, sobre todo las mujeres, hablaron de comentar sus problemas y su dolor con alguien cercano o digno de confianza. El hablar a los demás, a un nivel, sirvió para los fines prácticos de obtener consejos y de proporcionar compañía. Pero su utilidad fue más allá. En la mayoría de los participantes, fue de manera más importante una forma de «sacar el dolor de su pecho», tal vez incluso una forma de atestiguar cuál confortación se buscaba y se ganaba a través del proceso de compartir las experiencias y el sufrimiento.

«Pudimos conformarnos con la situación porque todos estábamos juntos y hubo un intercambio mutuo de ideas. Cada uno compartía sus experiencias».

Esto se extendió más allá de los amigos cercanos y la familia. Por ejemplo, se mencionó con frecuencia el hablar con líderes religiosos, como los monjes budistas del pueblo, los sacerdotes de las iglesias o los maulavi (líderes) de las mezquitas, sobre todo por los participantes mayores. Diversas reuniones organizadas por organizaciones de ayuda a nivel del pueblo también se identificaron como oportunidades frecuentes para compartir

las experiencias. La utilización de la palabra «compartir» para describir estas actividades es notable, y a riesgo de sobreinterpretación apunta a la importancia del intercambio mutuo en la revelación de la angustia, a la comodidad que se puede obtener de saber que otros han tenido experiencias similares. Después de todo, todas las personas de la población, en cierta medida fueron afectadas por el maremoto y podían en algún nivel estar relacionados con la angustia causada.

Casi todos los del grupo de estudio hablaban sobre la importancia de los recursos sociales informales, como las redes interpersonales de familia, amigos y vecinos, para hacer frente a las consecuencias emocionales y prácticas del maremoto. El sentido de solidaridad de la población y la sólida estructura de la familia extendida en la sociedad de Sri Lanka tradicional fueron resaltados por muchos como un factor que apuntalaba esto. Los que tenían un familiar que había fallecido o que había desaparecido a menudo describían el recibir un apoyo considerable de la familia extendida, muchos de los cuales ayudaban prácticamente asumiendo las tareas y los deberes realizados por los difuntos.

«Mi padre era el único sustento de la familia... así que nos afectó mucho. Sin embargo, es un alivio que nuestro hermano mayor y tío, todos nos ayuden. Nuestro hermano mayor comenzó a trabajar en el hotel de mi tío después de la muerte de mi padre y obtiene ingresos para la familia. Así mismo, otros miembros de la familia de mi madre nos ayudan, nos dan dinero. Mi hermano nos lleva a clases de tutoría por la noche como lo hacía nuestro padre en el pasado».

Esto también se extendió más allá de la familia y había muchos relatos que parecían indicar una fuerte cohesión de la comunidad después del maremoto. Se reconoció en alto grado el apoyo proporcionado por líderes religiosos y miembros de la comunidad no afectados. La mayor parte de los centros budistas, iglesias católicas y mezquitas organizaron servicios fúnebres y otros programas religiosos para ayudar a superar el dolor persistente y la tristeza en las comunidades afectadas.

Asumir la participación

Muchos participantes comentaron que el mantenerse ocupado era una forma satisfactoria de hacer frente al estrés. Como lo describió un participante: «Cuando la mente está llena de sentimientos activos, no hay espacio para que el dolor se arraigue en uno». En vista de esto, muchos realizaban actividades de trabajo y recreativas y rituales religiosos como una forma de obtener alivio de sus problemas. En las primeras etapas, una gran parte del esfuerzo se dirigía a ayudar a los demás en forma práctica; muchos reconocían que los poblados estaban más unificados que antes del maremoto y se ayudaban entre sí a la limpieza, a buscar personas desaparecidas y a lidiar con el duelo. Había muchas actividades deportivas, sesiones de dibujo y dramas organizados para los niños. Muchas de estas actividades cumplían entonces un propósito doble; como necesidades prácticas (limpieza, obtener un ingreso y pasatiempo) y como distracción psicológica y emocional. La naturaleza comunitaria de muchas de las actividades también parece indicar que ellas formaban parte de una respuesta comunitaria más amplia —un proceso de restablecimiento de la vida social, cultural y económica después de la devastación del maremoto—.

Las descripciones de los participantes señalaron que la participación en actividades religiosas aumentaba notablemente durante los primeros días después del maremoto. Por ejemplo, los budistas a menudo hablaban sobre la forma en que realizaban los rituales religiosos tales como Bodhi Pooja (bañarse al pie del árbol Bo con agua y leche), encender las lámparas de aceite y cantos y audición de Pirith (predicación de Buda) como un medio de lograr prosperidad y evitar las dificultades o las fuerzas del mal, en tanto que se mencionó también la meditación (Anapana sathi por los budistas) como una forma de lograr la relajación mental. De hecho, las prácticas y rituales religiosos han sido respuestas ubicuas al maremoto, al brindar confortación individual al individuo a la vez que oportunidades para la reintegración y regeneración de la comunidad.

Duelo privado y luto público

La creación de monumentos en el lugar donde una persona es cremada es un método frecuente de ofrecer respetos a los difuntos en la cultura de Sri Lanka. Sin embargo, después del maremoto, esto era insostenible, pues muchos de los muertos estaban desaparecidos y algunos estaban sepultados en lugares de sepultura masiva. Para lidiar con esto —tanto la pérdida como las dificultades en cumplir los rituales culturalmente aceptados y esperados— los individuos y las familias adoptaban una serie de estrategias alternativas para demostrar respeto y lidiar con las memorias de los seres queridos. Recuerdos de las reuniones, como las fotografías y los recuerdos, eran comunes y se han publicado fotografías amplificadas de los difuntos en la zona del frente de muchos domicilios. Un participante mostró cartas escritas por su esposa y mencionó que todavía las conserva para recordar los «buenos días de antaño». La construcción de monumentos en nombre de los difuntos también fue algo común y algunos participantes mencionaron que ocuparon las indemnizaciones por defunción del gobierno únicamente para tales actividades.

«Por lo general tenemos más fe en nuestras creencias religiosas. Así que llevamos a cabo muchas actividades religiosas en recuerdo de nuestro hijo difunto. Todas las compensaciones económicas que recibimos por parte de él fueron utilizadas para estas actividades religiosas y no ocupamos nada en nuestros gastos personales».

Estos monumentos transforman el duelo privado en una forma de luto público en el cual se manifiesta el respeto y el amor por los difuntos de una manera visible. De hecho, la pérdida y la pena es compartida con la población y en el proceso es manejada y finalmente aliviada.

Ayuda externa

La gran mayoría de los participantes, al hablar acerca de cómo se las arreglaron y se recuperaron después del maremoto, aludían principalmente a obtener sus propios recursos o a los apoyos que precedían al maremoto (es decir, familia, amigos, iglesias y templos). Cuando los participantes se referían a las respuestas del gobierno y la ayuda externa, los puntos de vista eran variables. El entorno de apoyo proporcionado por el gobierno y las organizaciones humanitarias fue citado por algunos participantes como un factor importante en el retorno a la

normalidad. Algunos sucesos culturales como los festivales de Nueva York y los eventos religiosos como las donaciones de alimentos fueron organizados para promover la participación de la población y generar ayuda. No obstante, muchos participantes todavía criticaban lo que veían como una distribución desorganizada de la ayuda, además de una compensación injusta y señalaron que esto complicaba el sufrimiento y representaba una carga adicional.

Después del maremoto, algunas organizaciones del extranjero proporcionaron intervenciones psicológicas a las personas afectadas. Pese al hecho de que el número de profesionales de la salud mental en Sri Lanka es escaso (se desconoce el número preciso), «asesores», «psicólogos» y otros profesionales de la salud mental estaban integrados a diversas organizaciones. Resulta interesante que las descripciones de los participantes indicaban que la demanda de tales servicios era muy baja, ya que las personas estaban más interesadas (cuando buscaban ayuda externa) en obtener el apoyo de los curanderos tradicionales o de los médicos tradicionales, lo que comprendía astrólogos, adivinos, oráculos, médicos tradicionales, sobre, todo médicos ayurvédicos) y otros tipos. Las actividades más frecuentes comunicadas fueron la thel methurum (aplicaciones de aceites en el cuerpo y la cabeza para eliminar los malos espíritus), dehi kepili (uso de poderes espirituales para eliminar los espíritus malignos) y realizar servicios a Dios y a las Diosas. Los participantes comunicaron que se solía obtener el apoyo de los curanderos tradicionales para superar los problemas de sueño, pesadillas y llantos durante el sueño o destellos de escenas retrospectivas.

DISCUSIÓN

En términos generales, las estrategias y los recursos de apoyo señalados en las descripciones de los participantes después del maremoto pueden distinguirse entre los que eran predominantemente individuales (o dirigidos hacia el fuero interno y privados; es decir, fortaleza interna y positividad) y aquellos que eran interpersonales o sociales (o dirigidos hacia el exterior y públicos; es decir, apoyo emocional y práctico de familia, amigos y otros integrantes más de la población, incluidos los líderes religiosos y las instituciones). La forma que asumió cada una de estas estrategias estaba matizada por el carácter sociocéntrico y espiritual predominante de la sociedad de Sri Lanka, de manera que las estrategias aparentemente individuales y privadas para lidiar con la adversidad a menudo se convertían en expresiones públicas de pérdida, respeto y resiliencia (p. ej., crear monumentos para los familiares perdidos). Así mismo, las respuestas individuales estaban arraigadas en las creencias predominantes en torno a los orígenes del infortunio y la fortaleza personal a menudo se derivaba de las creencias fatalistas en la provisionalidad de la vida y la voluntad de Dios. Por tanto, las respuestas de adaptación eran posibles y estaban configuradas por las normas y prácticas culturales y sociales en Sri Lanka.

Los participantes en este estudio fueron muestreados a través de una lista proporcionada por los funcionarios de gobierno al nivel de pueblo, lo cual puede haber originado un grupo selectivo. Esto, no obstante, era inevitable. Era esencial lograr acceso a los pueblos a través de los funcionarios de gobierno

para llevar a cabo de una manera satisfactoria la obtención de datos, ya que muchos se mostraban suspicaces hacia personas desconocidas que investigaban información personal. Para minimizar este problema potencial, tratamos de seleccionar a los participantes de grandes listas proporcionadas por los funcionarios del gobierno de acuerdo con nuestra rejilla de muestreo. Algunos puntos de vista han sido más prominentes debido al método de muestreo. Por ejemplo, aunque la muestra incorporada en este estudio reflejaba ampliamente la composición religiosa en el Distrito de Matara y la población de Sri Lanka, las descripciones sobre las estrategias de adaptación religiosa eran dominadas por los puntos de vista de budistas (89% de la muestra) en comparación con los musulmanes (8%) y los católicos (5%).

Muchas de las estrategias identificadas en nuestro estudio se parecen a los mecanismos de adaptación enfocados en problemas y enfocados en la emoción que describen Lazarus y Folkman (22). Nuestros datos no pueden abordar tal cuestión. Lo que sí pueden hacer, no obstante, es señalar que esta clase de dicotomía es muy esquemática e ignora la observación de que los individuos suelen utilizar las dos clases de estrategias, en conjunto y en puntos diferentes. Tal vez lo que sea más notable del hallazgo de este estudio es el grado en el cual la adaptación (o el hacer frente) a múltiples traumas y problemas creados por el maremoto fue social y pública. Por ejemplo, el compartir las experiencias o sentimientos con otros, como una clase de testificación o consuelo colectivo, fue la respuesta más frecuente referida por los participantes en nuestro estudio. Esto también se ha identificado en estudios previos realizados en víctimas de desastres (4,5) y cuestiona la noción de que la adaptación sea principalmente individual.

Nuestros hallazgos indican también que la religión proporcionó el marco de referencia primario para dar sentido al suceso del maremoto y responder al mismo, sea como una respuesta activa (es decir, participando en actividades religiosas) o como un recurso emocional (es decir, fe). El papel de las creencias religiosas o espirituales y la forma en que contribuyen al restablecimiento después del desastre natural no se ha estudiado mucho en el pasado (24), sobre todo en las culturas surasiáticas. Los estudios que se han realizado en países occidentales con sobrevivientes de desastres indican que la fe y las creencias religiosas sólidas están vinculadas a menos síntomas de angustia emocional (11,13), en tanto que la adaptación religiosa negativa suele asociarse a mayor angustia. Esto fue respaldado por nuestros hallazgos, por cuanto los que hablaban de «pérdida de la fe» parecían sufrir más angustia emocional a largo plazo. Según muchos participantes, algunas de las prácticas religiosas contribuyeron a la relajación y el bienestar emocional. El número limitado de estudios en los que se analizó la repercusión de la sanación religiosa y tradicional sobre la adaptación ha señalado efectos positivos, sobre todo en poblaciones no occidentales (26). Esto indica la importancia del reconocimiento apropiado y la comprensión de las interpretaciones sociales y religiosas de adaptación, la capacidad de adaptarse y la resiliencia en diferentes culturas.

Los participantes a menudo resaltaban la importancia de las poblaciones cohesivas y las familias extendidas como fuentes de ayuda. La fuerza del apoyo social para permitir

a los individuos hacer frente a la angustia emocional consecutiva al traumatismo por lo general se ha identificado en estudios previos realizados en países tanto occidentales como no occidentales y estos han resaltado más el riesgo de los problemas de salud mental duraderos ante la falta de apoyo (4,9). En congruencia con los hallazgos previos, los resultados de este estudio indican que una serie de fuentes informales y formales, como los organismos oficiales, los profesionales de la salud mental, los miembros de la familia extendida y los amigos, los líderes religiosos y los maestros de las escuelas, pueden brindar apoyo psicológico y práctico. En las sociedades colectivistas o sociocéntricas, la interdependencia emocional y la protección se fomentan en alto grado (27). Sin embargo, los desastres naturales extremos que afectan a todas las poblaciones, como el maremoto asiático, pueden repercutir gravemente en la disponibilidad de apoyos por lo demás naturales, dejando a los individuos y a las sociedades luchando para adaptarse —en los primeros días, de manera desesperada—.

El proporcionar apoyo psicológico profesional a la población traumatizada tiene un largo historial, comenzando por lo menos con los veteranos de la Primera Guerra Mundial (28). Los hallazgos de este estudio parecen indicar la disponibilidad de que el apoyo psicológico profesional fue mínimo durante el periodo subsiguiente al maremoto en Sri Lanka. En un país con 21 millones de personas y sólo 25 psiquiatras especialistas (29) y sin psicólogos clínicos prácticos, la única opción disponible para la mayoría de los sobrevivientes fue depender de sus propios apoyos sociales, culturales y religiosos. Sin embargo, surge la cuestión de si tal apoyo es suficiente cuando poblaciones enteras son afectadas durante un enorme desastre como lo es un maremoto o en situaciones en las que el grado de trauma colectivo agobia la fortaleza moral de las familias y las poblaciones, y en tal caso cuál forma debiera adoptar este apoyo. Muchos de los participantes en nuestro estudio no otorgaron mucho valor a obtener apoyo profesional ni concebían el estrés, el duelo o las preocupaciones como enfermedades o trastornos que necesitasen ayuda profesional. El consultar a un profesional de la salud mental todavía es infrecuente en la mayoría de las personas comunes en Sri Lanka, sobre todo debido al alto grado de estigma inherente a establecer contacto con servicios de salud mental o de tener algún familiar que acuda a tales servicios.

Sólo se dispone de investigación muy escasa sobre las prácticas de curación tradicional que se utilizan para tratar a las personas con problemas de salud mental en Sri Lanka. Somasundaram et al (30) indican que la mayoría de los curanderos tradicionales han recibido capacitación y han creado habilidades en algún tipo de práctica curativa. Muchas prácticas de curación tradicional en Sri Lanka son una combinación de Ayurveda, Siddha y prácticas locales espirituales. Por lo general los miembros de la familia del paciente están presentes durante las sesiones de sanación —un contraste notable con la psicoterapia occidental en la cual suele excluirse a las familias— la que a menudo comprende oraciones, canciones y masaje herbario. Por lo general los tratamientos ayurvédicos o locales comprenden una conversación prolongada con el practicante en torno a las circunstancias vitales de los pacientes o el bienestar junto con una exploración física

(31) y esto brinda las oportunidades para que los pacientes comenten su estado social y emocional de una manera menos estigmatizante.

Hay múltiples descripciones de apoyo proporcionado por organizaciones religiosas y líderes sobre todo al ofrecer alojamiento, recolección y distribución de material de alivio e implementación de los programas para el reasentamiento (25). Los hallazgos de este estudio extienden esto y parecen indicar que los líderes religiosos pueden desempeñar un papel importante para brindar apoyo emocional y psicológico.

Dejando a un lado la necesidad evidente de la ayuda material y práctica inmediata para asistir a los lesionados y desplazados por el desastre, los hallazgos de este estudio indican que la salud mental a largo plazo puede ser favorecida mediante el apoyo al restablecimiento de esos recursos naturales a través de los cuales las sociedades tradicionalmente responden al sufrimiento. En el contexto de Sri Lanka, el facilitar la reunión de los familiares afectados durante el periodo de desplazamiento y el permitirles vivir en cercanía estrecha en programas de reasentamiento puede haber sido un paso sencillo alcanzable para asegurar el acceso al apoyo informal para los más afectados. En el mismo sentido, los esfuerzos de rehabilitación que procuran restablecer las costumbres sociales y culturales y los eventos pueden crear oportunidades para esta clase de compartir y testificar que, según muchos participantes en este estudio, pueden fomentar el restablecimiento. A la inversa, los esfuerzos de alivio que son percibidos como injustos y corruptos pueden tener el efecto opuesto de minar la cohesividad de las comunidades que podría facilitar el restablecimiento, o por lo menos este parece ser el caso en Sri Lanka.

Con respecto a las intervenciones psicológicas y la atención a la salud mental, los datos de este estudio señalan que estos no pueden importarse hacia contextos no familiarizados con, y tal vez desconfianza de, el modelo individualizado de la psicoterapia y psiquiatría occidental. Es más, las descripciones de los participantes en este estudio respaldan las directrices entre el Comité Permanente Interagencia (IASC) sobre salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de urgencia (32). Es indispensable considerar y comprender mejor las creencias culturales locales acerca del infortunio, la salud mental y la salud en general antes de conceptualizar cualquier intervención en la salud mental. Además, como es el caso de Sri Lanka, donde los servicios de salud mental no están bien desarrollados, la provisión de servicios en la secuela del desastre puede tener una aplicación limitada. El problema es, pues, más amplio y tiene que ver con el establecimiento de servicios de salud mental fuera de situaciones de desastre. De hecho, es cuestionable si el enfocarse en la prestación de cuidados de salud mental durante periodos de desastre (tan importante y esencial como esto pueda ser) pasa por alto el hecho de que tal prestación de cuidados, en países como Sri Lanka, inevitablemente decaigan, en tanto que la atención a la salud mental persistente en general se mantiene marginal. Lo que esto significa es que, cuando ocurre un desastre, las comunidades ya devastadas tendrán que recurrir a los escasos recursos que permanezcan para proteger la salud mental de los más afectados.

Agradecimientos

El financiamiento fue recibido a través del grupo de Trauma UK-Sri Lanka como parte de una donación del Organismo Católico para el Desarrollo en el Extranjero (CAFOD). Las actividades de campo fueron respaldadas por una beca para investigación recibida de Psychiatric Research Trust, UK

Bibliografía

1. Scheuren JM, le Polain O, Below R et al. Annual Disaster Statistical Review: the numbers and trends 2007. Brussels: Centre for Research on the Epidemiology of Disasters and United Nations International Strategy for Disaster Reduction, 2008.
2. Moszynski P. Death toll climbs and healthcare needs escalate in Japan. *BMJ* 2011;342:d1859.
3. Ashraf A. Tsunami wreaks mental health havoc. *Bull World Health Organ* 2005;83:405-6.
4. Rajkumar AP, Premkumar TS, Tharyan P. Coping with the Asian tsunami: perspectives from Tamil Nadu, India on the determinants of resilience in the face of adversity. *Soc Sci Med* 2008;67:844-53.
5. Ibañez GE, Buck CA, Khatchikian N et al. Qualitative analysis of coping strategies among Mexican disaster survivors. *Anxiety Stress Coping* 2004;17:69-85.
6. Gottlieb BH. Conceptual and measurement issues in the study of coping with chronic stress. In: Gottlieb BH (ed). *Coping with chronic stress*. New York: Plenum Press, 1997:3-42.
7. Eyre A. Literature and best practice review and assessment: identifying people's needs in major emergencies and best practice in humanitarian response. Report commissioned by the UK Department of Culture Media and Sport, 2006.
8. Norris FH, Friedman M, Watson PJ. 60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry* 2002;65:240-60.
9. Somasundaram D. Collective trauma in northern Sri Lanka: a qualitative psychosocial-ecological study. *Int J Ment Health Syst* 2007;1:5.
10. Henderson T, Roberto KA, Kamo Y. Older adults' responses to Hurricane Katrina: daily hassles and coping strategies. *J Appl Gerontol* 2010;29:48-69.
11. Newton AT, McIntosh DN. Associations of general religiousness and specific religious beliefs with coping appraisals in response to Hurricanes Katrina and Rita. *Mental Health Relig Cult* 2009;12:129-46.
12. Salloum A, Lewis ML. An exploratory study of African American parent-child coping strategies post-hurricane Katrina. *Traumatology* 2010;16:31-41.
13. Wadsworth ME, Santiago CD, Einhorn L. Coping with displacement from Hurricane Katrina: predictors of one-year post traumatic stress and depression symptom trajectories. *Anxiety Stress Coping* 2009;22:413-32.
14. Hollifield M, Hewage C, Gunawardena CN et al. Symptoms and coping in Sri Lanka 20-21 months after the 2004 tsunami. *Br J Psychiatry* 2011;192:39-44.
15. Leavy B, Slade M, Ranasinghe P. Casual thinking after a tsunami wave: Karma beliefs, pessimistic explanatory style and health among Sri Lankan survivors. *J Relig Health* 2009;48:38-45.

16. Yang J, Yang Y, Liu X et al. Self-efficacy, social support, and coping strategies of adolescent earthquake survivors in China. *Soc Behav Pers* 2010;38:1219-28.
17. Paul SK, Routray JK. Flood proneness and coping strategies: the experiences of two villages in Bangladesh. *Disasters* 2009;34:489-508.
18. National Disaster Management Centre. Tsunami situation report. Sri Lanka: National Disaster Management Centre, 2005.
19. Spitzer R, Kroenke K, Williams J. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study. *JAMA* 1999;282:1737-44.
20. World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Geneva: World Health Organization, 1990.
21. QSR International Pty Ltd. NVivo qualitative data analysis software. Version 9. QSR International Pty Ltd, 2010.
22. Lazarus RS, Folkman S. *Stress appraisal and coping*. New York: Springer, 1984.
23. Hobfoll SE. *The ecology of stress*. New York: Hemisphere, 1988.
24. Davidson JRT, Connor KM, Lee LC. Beliefs in Karma and reincarnation among survivors of violent trauma: a community survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:120-5.
25. de Silva P. The Tsunami and its aftermath in Sri Lanka; explorations of a Buddhist perspective. *Int Rev Psychiatry* 2006;18: 281-7.
26. Somasundaram D. Using cultural relaxation methods in post-trauma care among refugees in Australia. *Int J Cult Ment Health* 2010;3:16-24.
27. Bhugra D, van Ommeren M. Mental health, psychosocial support and the tsunami. *Int Rev Psychiatry* 2006;18:213-6.
28. Alexander DA. Early mental health intervention after disasters. *Adv Psychiatr Treat* 2005;11:12-8.
29. Siriwardhna C, Sumathipala A, Siribaddana S et al. Reducing the scarcity in mental health research from low and middle income countries: a success story from Sri Lanka. *Int Rev Psychiatry* 2011;23:77-83.
30. Somasundaram D, Sivayokan S, deJong J et al. *Mental health in the Tamil community*. Jaffna: Transcultural Psychosocial Organization, 2000.
31. Gronseth AS. Experiences of tensions in re-orienting selves: Tamil refugees in northern Norway seeking medical advice. *Anthropol Med* 2006;13:77-98.
32. Inter-Agency Standing Committee. *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. Geneva: Inter-Agency Standing Committee, 2007.

¿Es aplicable el concepto de «dimensión» a los objetos psiquiátricos?

GERMAN E. BERRIOS¹, IVANA S. MARKOVA²

¹Chair of Epistemology of Psychiatry, Robinson College, University of Cambridge, Cambridge, CB3 9AN; ²Hull York Medical School, University of Hull, Hull, HU6 7RX, UK

Se ha escrito mucho sobre la aplicación del concepto de «dimensión» a la psiquiatría. Por ejemplo, constituía uno de los objetivos esenciales para la preparación del DSM-5 y hasta el año 2006 se expresaba gran interés en los «aspectos dimensionales del diagnóstico psiquiátrico» y su «factibilidad clínica y científica» (1). Aunque parece haber disminuido un poco este entusiasmo, sigue habiendo confusión en diversos sectores con respecto a la relevancia del concepto de dimensión a las disciplinas psiquiátricas.

¿QUÉ SON LAS DIMENSIONES?

Existen por lo menos tres significados del término «dimensión». El central y original tiene que ver con el acto de medir («un modo de medición lineal en una dirección específica») y las magnitudes que se obtienen mediante ello. Por derivación, las características de los objetos susceptibles de medición comenzaron a llamarse dimensiones («las tres dimensiones de un triángulo, un espacio multidimensional»). Por último, y por uso analógico, cualesquiera componentes de algún objeto o situación se convirtieron en sus «dimensiones» «su acción añadió una nueva dimensión al juego» (2). El acto de «medir» sigue siendo el significado definitorio y operacional de la «dimensión». Puesto que las «dimensiones» se han importado a la psiquiatría con el propósito explícito de volverlas más científicas (3), una conclusión necesaria es que es este significado central y no sus usos derivativos y metafóricos lo que buscan los psiquiatras científicos.

¿PARA CUÁLES OBJETOS SE PUEDEN POSTULAR SENSATAMENTE LAS DIMENSIONES?

El mundo está poblado de toda clase de objetos, algunos de los cuales, a su debido tiempo, se convierten en «cosas epistémicas», es decir, objetos de ciencia (4,5). En general, los objetos pueden existir en espacio, tiempo y combinaciones de los mismos. Existe gran debate con respecto a lo que constituye un objeto. Para los fines prácticos de este artículo, se puede definir el objeto como «una cosa o ser en el cual uno piensa o tiene cognición, como algo correlacionado con el sujeto que piensa o que conoce; algo externo, o considerado como externo, por la mente» (2).

Los objetos así definidos se han clasificado en físicos o naturales (perros, casas, ríos, nubes, soplos, cerebros, átomos) y abstractos o ideales (virtudes, intenciones, pensamientos, belleza, dioses, números, etc.). Existen objetos naturales en el espacio y el tiempo y este atributo los convierte en objetivos de medición. Perros, mesas o flores son lo suficientemente

estables en el marco de espacio-tiempo para ser sujetos a dimensionamiento, es decir, para medir sus características especiales con un criterio estándar y llamarlas «dimensiones» (6). A la inversa, los objetos abstractos parecen evadir este tipo de manipulación (7,8). De hecho, muchos considerarán que ni siquiera son susceptibles de dimensionar. Al confrontarse con un científico entusiasmado que está creando una escala para «medir», digamos, las cuatro virtudes principales (templanza, prudencia, coraje y justicia), la mayoría de las personas sensibles estarían de acuerdo con que el concepto de «medida» se está utilizando de una manera metafórica y que lo que el científico está haciendo es llevando a cabo una forma subjetiva de «gradación» y utilizando números en una forma no aritmética como designaciones para los grados de esta escala.

Perros, mesas y virtudes no son los únicos objetos que habitan el mundo. También hay quejas, gemidos, dolores, aflicciones y síntomas mentales; algunos de estos son relevantes para la psiquiatría. ¿Qué clase de objetos son? Hay quienes consideran que los objetos de la psiquiatría son como los perros o las mesas, es decir, objetos físicos (algunos los llaman clases naturales) (9). Otros pueden creer que son objetos ideales, como las virtudes o las esperanzas. Hasta ahora no se ha concebido un experimento crucial que pudiese ayudar «científicamente» a decidir. En otras palabras, los motivos para escoger si los objetos psiquiátricos son naturales o abstractos no son científicos; de ahí que probablemente sean económicos, sociales, éticos o estéticos.

En este artículo, planteamos el punto de vista de que, además de los objetos naturales y abstractos, hay cosas híbridas en el mundo con características compartidas de ambos, y los objetos psiquiátricos representan uno de los mejores objetos de este tipo. En principio, todos los síntomas mentales son combinaciones de atributos físicos e ideales; en la práctica, es probable que la proporción de cada uno varíe de un síntoma a otro. Dado que el significado de todos los síntomas mentales depende de su carácter híbrido, el reducir los síntomas mentales a su componente físico (correlatos cerebrales) o componentes ideales (significado) impediría la comprensión (10,11).

¿PUEDEN DIMENSIONARSE LOS OBJETOS PSQUIÁTRICOS (HÍBRIDOS)?

El que el concepto de dimensión se aplique o no a un objeto depende de su estructura ontológica, es decir, la forma en la cual está hecho y enmarcado en espacio y tiempo. Puesto que los objetos híbridos son sui generis en este sentido, es deber de los psiquiatras determinar si siquiera se pueden dimensionar. Hasta donde sabemos, tal tarea no se ha llevado a cabo y no

obstante el concepto de dimensión se ha importado felizmente a la psiquiatría.

¿Por qué esta prisa es una cuestión importante? Una explicación puede ser que tal importación es fomentada por la creencia extendida de que los síntomas mentales son objetos físicos (clases naturales) y por tanto que medir sus correlatos cerebrales equivaldría a medir los síntomas en su totalidad (12). Otra explicación puede ser que, bajo la influencia de la antigua psicometría, se considera que (incluso si son objetos híbridos) los síntomas mentales pueden medirse (capturarse) mediante una psicometría de «buena calidad» seguida del análisis estadístico refinado que podría permitir convertir las designaciones numéricas de los intervalos en verdaderas «dimensiones aritméticas» (13). Cualquiera que sea la explicación, razonamos que la estructura híbrida de los síntomas mentales debe entenderse enteramente antes de tratar de dimensionarlos.

Se ha señalado antes que los síntomas mentales (p. ej., alucinaciones, delirios, obsesiones, estado de ánimo depresivo) son objetos híbridos y que en cada caso es probable que varíe la contribución proporcional de los atributos físicos y semánticos. A esto podríamos añadir que también es probable que tales proporciones sean susceptibles de cambio para cada síntoma a medida que se desplaza del estado agudo al crónico. Es decir, alucinaciones y delirios en los episodios más tempranos de psicosis pueden ser estructuralmente diferentes a los «mismos» fenómenos durante las etapas crónicas (14).

En la práctica, esto significaría que la aplicación del mismo tipo de instrumento psicométrico a todos los síntomas mentales, o al mismo síntoma durante los estados tempranos y crónicos del trastorno, puede no ser útil. Esto se debe a que la fiabilidad y la validez de una escala dependen de la estabilidad en tiempo y espacio del objeto que se pretende medir. En este sentido, las escalas raras veces se basan en el hecho de que las «dimensiones» medibles o «componentes» del objeto en cuestión mantienen su magnitud y proporcionalidad combinatoria. Si fueran a cambiar, entonces la escala sería inútil en la segunda ronda.

También se debe afirmar que en contra de las expectativas renovadas de que pronto se descubrirán correlatos cerebrales estables para cada síntoma mental, esto no ha ocurrido hasta ahora y la mayor parte (si no es que todas) de las escalas diagnósticas que se utilizan obtienen su información de descripciones verbales que hacen los pacientes, los familiares y los observadores (15). Por definición, esta información no es susceptible de dimensionamiento. Si bien no hay nada erróneo con utilizar la información subjetiva para obtener una idea de la gravedad o el cambio de los síntomas mentales, sería erróneo llamar dimensionamiento al número de designaciones que asignamos a los grados de una escala. El nombre correcto para este acto es gradación.

EL CONCEPTO DE GRADACIÓN

En el caso de objetos naturales, las dimensiones llegan a ser mediante el propio acto de medir sus atributos espaciales. En el caso de los objetos abstractos, se utilizan metafóricamente «dimensiones» ya que tales objetos no están enmarcados en espacio. De hecho, los objetos abstractos no son más que conceptos, cúmulos de cualidades integradas en una determinada

descripción (p. ej., templanza, prudencia, coraje o justicia). Por ejemplo, las descripciones morales ayudan a organizar y clasificar las acciones de hombres y determinar quién posee «más» de una virtud concreta. Para lograr estas comparaciones, a través de la historia, se han ideado formas que ayudan a determinar, por ejemplo, si una determinada acción es «injusta, parcialmente justa o justa». ¿Cómo se lleva a cabo esta gradación? ¿En qué se basa la subclasificación de sus intervalos? ¿Son sus fundamentos lo suficientemente estables para resistir la comparabilidad intrapersonal o transpersonal? (16).

En este sentido, el primer aspecto que hay que resaltar es que la gradación se lleva a cabo por medios de categorías que son externas y residen no en el propio objeto (es decir, no son internas al mismo) sino en la perspectiva del evaluador. Hemos visto antes que los objetos abstractos (como las virtudes) son conjuntos de cualidades integradas bajo un nombre. La gradación consiste en extender cada una de estas cualidades a lo largo de una gama de puntuación marcada por las designaciones de gradación en las cuales típicamente los puntajes más altos no son múltiplos matemáticos de los más bajos. De ahí que realmente no se puedan considerar como dimensiones sino sólo como grados.

Es esencial distinguir entre la gradación y la medición. Son operaciones mentales diferentes y se corresponden con diferentes dominios del conocimiento. La gradación es una forma de evaluación y de ahí que acepte predicados como bueno, justo, regular, consistente, benevolente, etcétera. No se pueden aplicar a ella adjetivos como exacto, fiable, válido, sensible, específico, verdadero, etcétera. La gradación siempre depende de la perspectiva con que se mide y el hecho de que algunos evaluadores puedan ser uniformes en sus evaluaciones (es decir, en asignar la misma designación de grado al mismo valor o proporción) no convierte la gradación en una forma de medición. Los psiquiatras tal vez quieran utilizar números como designaciones de gradación pero lo que no pueden hacer es llevar a cabo operaciones matemáticas con ellos. La cuestión aquí no es simplemente un problema de semántica o de designación inapropiada. El considerar que los síntomas y trastornos mentales realmente pueden dimensionarse (medirse) conlleva la misma implicación errónea de que los objetos psiquiátricos son clase naturales. Esta implicación ha tenido (y tiene) como consecuencia la realización de investigación empírica costosa y no productiva y evita el desarrollo de abordajes más útiles a la psiquiatría y sus objetos.

Aducimos que, según los conocimientos actuales, las escalas psiquiátricas no son más que designaciones de gradación y que las «dimensiones» que pretenden «medir» no son más que cualidades extendidas a lo largo de gamas arbitrarias.

Dado que: a) los síntomas mentales son objetos híbridos, es decir, combinaciones de atributos físicos y abstractos, b) cada síntoma mental tiene una estructura diferente en comparación con otro síntoma mental y en comparación con sí mismo en la historia vital de un paciente, y c) los componentes físicos de los síntomas mentales en su mayor parte se desconocen, se puede concluir que lo único que nos queda por hacer es graduar (evaluar) la molestia subjetiva como la porta o la comunica el paciente o el familiar o como se basa en la observación clínica. Las evaluaciones no están relacionadas con medición o dimensiones; son asignaciones de grado que se aplican a densidades diversas en las cuales se presentan las cualidades.

CONCLUSIONES

El dimensionamiento es una forma de medición que sólo puede aplicarse a atributos y objetos que existen en espacio o tiempo, es decir, objetos naturales. Los objetos abstractos pueden evaluarse, no medirse. Los objetos híbridos (como los síntomas mentales) poseen atributos de ambos tipos de objetos e idealmente debieran ser susceptibles de medición y evaluación. En la práctica, este no es el caso, ya que la estructura y los componentes de los síntomas mentales en su mayor parte siguen siendo desconocidos. Se sabe sustancialmente poco sobre sus propiedades naturales y, en todo caso, su definición en la mayoría de los casos depende de su significado, es decir, la posición simbólica que ocupa en un determinado contexto intersubjetivo.

Esto implica que los síntomas mentales sólo puede evaluarse (no medirse). Las evaluaciones son formas de gradación por medio de las cuales se extienden las cualidades y se les otorgan asignaciones de gradación que captan subcualidades como intensidad, gravedad, duración, persistencia, etcétera. Como lo que son, las asignaciones de gradación pueden, de hecho, ser útiles para la descripción y el tratamiento de los síntomas mentales. Sin embargo, no son cuantificables. Ni las etiquetas de número que se les otorga se pueden tratar como cantidades reales ni las cualidades evaluadas pueden llamarse «dimensiones». Las mismas limitaciones se aplican a los «trastornos mentales». El hecho de que a través de la historia se han agrupado los síntomas mentales de maneras específicas no convierte a los agrupamientos resultantes en menos cualitativos. Al igual que los síntomas mentales que los constituyen, los trastornos mentales sólo pueden graduarse o evaluarse.

Bibliografía

1. Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (eds). Dimensional aspects in diagnostic classification. Arlington: American Psychiatric Association, 2008.
2. Oxford English Dictionary. Oxford: Oxford University Press, 2nd ed., 2009.
3. Cuthbert BN. Dimensional models of psychopathology: research agenda and clinical utility. *J Abnorm Psychol* 2005;114:565-9.
4. Rheinberger H-J. Towards a history of epistemic things. Stanford: Stanford University Press, 1997.
5. Daston L (ed). Biography of scientific objects. Chicago: University of Chicago Press, 2000.
6. Grossman R. Meinong's doctrine of the Aussersein of the pure object. *Nous* 1974;8:67-82.
7. Lowe EJ. The metaphysics of abstract objects. *J Philos* 1995;92:509-24.
8. Hale B. Abstract objects. Oxford: Basil Blackwell, 1987.
9. Wilkerson TE. Natural kinds. Aldershot: Avebury Press, 1995.
10. Berrios GE. Psychiatry and its objects. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 2011;4:179-82.
11. Marková IS, Berrios GE. The epistemology of psychiatry. *Psychopathology* 2012;45:220-7.
12. Kendler KS, Zachar P, Craver C. What kinds of things are psychiatric disorders? *Psychol Med* 2011;41:1143-50.
13. Eysenck HJ. Classification and the problem of diagnosis. In: Eysenck HJ (ed). *Handbook of abnormal psychology*. London: Pitman, 1960:1-31.
14. Marková IS, Berrios GE. Mental symptoms: are they similar phenomena? The problem of symptom heterogeneity. *Psychopathology* 1995;28:147-57.
15. Marková IS, Berrios GE. Epistemology of mental symptoms. *Psychopathology* 2009;42:343-9.
16. Urmson JO. On grading. *Mind* 1950;59:145-69.

Cuando los niños con autismo se vuelven adultos

FRED R. VOLKMAR, JULIE M. WOLF

Child Study Center, Yale University, New Haven, CT 06520, USA

El autismo y trastornos afines se han descrito desde la década de 1940, pero su reconocimiento oficial no surgió sino hasta 1980 con la publicación del DSM-III. Las primeras confusiones se centraban en la validez del trastorno, es decir, si se podía considerar diferente a la esquizofrenia infantil. Esta confusión se esclareció con la investigación de la fenomenología clínica y la genética de los dos trastornos. En concreto, se identificaron diferencias en las manifestaciones clínicas y se caracterizó el autismo por las dificultades sociales considerables y el inicio muy temprano en relación con la esquizofrenia. También resultó claro que el autismo era un trastorno muy genético, diferente a la esquizofrenia.

El autismo se relacionó, al menos al principio, con un pronóstico muy desfavorable y los primeros estudios parecieron indicar que cerca de dos tercios de los individuos en la edad adulta precisaban atención en centros asistenciales (1,2). Los primeros enfoques terapéuticos se centraban en la psicoterapia (a menudo del progenitor y el niño), pero gradualmente cambiaron a medida que las investigaciones señalaron que los enfoques conductuales y educativos estructurados conllevaban un mejor pronóstico, lo mismo que un diagnóstico y una intervención en una etapa más temprana. Cada vez ha resultado más claro que la mayor concienciación del público, la intervención más temprana y el tratamiento más eficaz han tenido una repercusión importante en el pronóstico del trastorno (1).

PRONÓSTICO EN EL AUTISMO

Hay algunos indicios de que los síntomas centrales del autismo desaparecen en cierto grado en la adolescencia y la edad adulta joven (3), siendo muy frecuentes las mejoras de las habilidades de comunicación. Las alteraciones sociales y las conductas iterativas tienden a persistir en la edad adulta. Así mismo, no todos los individuos muestran mejorías y es infrecuente que tengan logros al grado en que ya no cumplan más los criterios diagnósticos para los trastornos de la gama del autismo (TGA) (1-3).

Por lo que respecta al funcionamiento neuropsicológico, el coeficiente intelectual (CE) en general se mantiene estable en el curso del tiempo. Los adultos con autismo suelen tener una gama de dificultades en relación con las funciones neuropsicológicas, tales como las dificultades con la cognición social, la memoria, la función ejecutiva y la coordinación motriz, que pueden repercutir en su capacidad para lidiar con las complejidades de la independencia del adulto (4).

Por lo que respecta a los resultados funcionales y de la vida cotidiana, los primeros estudios de individuos nacidos en la década de 1970 y antes invariablemente comunicaban pronósticos desfavorables a muy desfavorables para la mayoría de los sujetos en la edad adulta (3,5,6). Se observó que una minoría de adultos llevaba una vida independiente y la mayoría per-

manecía dependiente de las familias. Así mismo, una minoría tenía trabajo o había asistido a la universidad. El porcentaje de adultos con autismo que tuvo desenlaces favorables fluctuó de un 15% a un 44% en los diversos estudios (3,5). Se observó que las primeras habilidades de comunicación y el grado de funcionamiento cognitivo eran los indicadores más sólidos del pronóstico de manera que los individuos con un IQ superior a 70 tenían las máximas probabilidades de llevar una vida independiente. Algunos también han señalado que el pronóstico depende del grado de apoyo social percibido de que dispone el individuo (7).

Estudios más recientes han señalado un pronóstico menos desfavorable. Farley et al (8) descubrieron que los pronósticos habían mejorado con respecto a las estimaciones previas y la mitad de su muestra comunicó desenlaces globales «satisfactorios» a «muy satisfactorios». Así mismo, Eaves y Ho (9) observaron que casi la mitad de su muestra tenía desenlaces «favorables» a «satisfactorios» y la mitad tenía desenlaces «desfavorables» pero ninguno fue muy «desfavorable». Los autores atribuyen esta mejora a los avances en la detección temprana y la intervención terapéutica en los años recientes. Sin embargo, dado que un 50% de los individuos todavía logra desenlaces desfavorables, resulta claro que se necesitan apoyos e intervenciones adicionales para mejorar la calidad de vida de los adultos con autismo.

Los desenlaces con relación al funcionamiento social parecen indicar que las dificultades para establecer y mantener amistades persisten en la edad adulta. Veinticinco por ciento o menos de los adultos con TGA han mostrado tener amistades verdaderas (6,10). Los indicadores de la participación en actividades sociales en la edad adulta comprenden mayor independencia en las actividades de la vida cotidiana, mejores destrezas de socialización y un mayor número de servicios recibidos. La victimización por compañeros también sigue siendo un problema de adultos jóvenes con TGA (11). Aunque el funcionamiento sexual tiene un desarrollo normal, los aspectos sociales de lidiar con las relaciones sexuales y comprender la conducta sexual apropiada plantean un reto para muchos adultos jóvenes. Las alteraciones de la cognición social y la tendencia a las conductas rígidas o los intereses obsesivos también pueden dar por resultado dificultades legales (p. ej., falta de obediencia a la autoridad, conductas en línea inadecuadas, acoso). Es importante el aleccionamiento explícito de adultos jóvenes en torno a estas cuestiones para garantizar que comprendan la repercusión de sus acciones. El educar a quienes atienden inicialmente a los pacientes también es decisivo para asegurar que no se malinterpreten estas conductas.

El reconocimiento del autismo y de las vulnerabilidades sociales graves en individuos con más capacidad cognitiva se reflejó en la inclusión del trastorno de Asperger en el DSM-IV y la ICD-10. Un mayor número de individuos con trastorno

de Asperger o autismo con mejor funcionamiento puede buscar capacitación educativa y laboral más avanzada, aunque los apoyos sociales y el aprendizaje suelen ser necesidades importantes. El grado en que una discapacidad como el autismo es elegible para arreglos especiales varía considerablemente entre los diferentes países.

PROBLEMAS DE DIAGNÓSTICO Y COMORBILIDAD

Los primeros enfoques diagnósticos se centraban en el autismo en niños pequeños. Con el tiempo, se reconoció la necesidad de un enfoque más en el desarrollo y en el curso de la vida, por ejemplo, en el DSM-III-R y sobre todo en la ICD-10 y el DSM-IV. El reconocimiento de la gama más amplia del fenotipo del autismo y de individuos con funcionamiento intelectualmente superior con dificultades sociales graves y anormales (p. ej., aquellos con trastorno de Asperger) ha planteado problemas diagnósticos importantes que siguen siendo el tema de considerable debate y que se reflejan en el enfoque actualmente propuesto para el DS-V. Aun está por verse en qué grado este último tendrá repercusión en la práctica diagnóstica.

Un trastorno crónico como el autismo puede predisponer a otras dificultades (11). La literatura disponible en la actualidad parece indicar mayores tasas de varios problemas clínicos en la edad adulta, tales como ansiedad y depresión (las cuales pueden responder a diferentes modalidades de tratamiento). La escasa bibliografía específica sobre tratamiento de este grupo de edad y de hecho la falta global de investigación en adolescentes y adultos con autismo siguen siendo obstáculos importantes para comprender los mejores enfoques terapéuticos.

CONCLUSIONES

El pronóstico en el autismo parece haber mejorado notablemente en los últimos decenios —lo que probablemente refleja una serie de factores como la intervención más temprana y los mejores tratamientos—. Al mismo tiempo, muchos adultos, aun cuando lleven una vida independiente necesitan algunos apoyos y la falta de investigación del tratamiento y los servicios disponibles limitan nuestro conocimiento de esta población.

Suelen existir otras lagunas importantes entre las aptitudes cognitivas y la capacidad para generalizarlas al «mundo real» —esta laguna entre la función intelectual y las capacidades de adaptación puede ser muy importante y tal vez sea uno de los factores predisponga a otros problemas de salud mental. En la actualidad muchos individuos están asistiendo a la universidad o a las escuelas de formación profesional, pero pueden tener problemas persistentes con respecto al aislamiento social y la comunicación, que también pueden incrementar el riesgo de ansiedad y depresión.

La investigación y la prestación de servicios en este campo siguen siendo prioridades muy altas (11).

Bibliografía

1. Volkmar F, Wiesner L. A practical guide to autism. Hoboken: Wiley, 2009.
2. Howlin P, Goode S, Hutton J et al. Adult outcome for children with autism. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discipl* 2004;45:212-29.
3. Seltzer MM, Shattuck P, Abbeduto L et al. Trajectory of development in adolescents and adults with autism. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2004;10:234-47.
4. Brereton AV, Tonge BJ. Autism and related disorders in adults. *Curr Opin Psychiatry* 2002;15:483-7.
5. Howlin P. Outcome in adult life for more able individuals with autism or Asperger syndrome. *Autism* 2000;4:63-83.
6. Renty JO, Roeyers H. Quality of life in high-functioning adults with autism spectrum disorder: the predictive value of disability and support characteristics. *Autism* 2006;10:511-24.
7. Farley MA, McMahon WM, Fombonne E et al. Twenty-year outcome for individuals with autism and average or near-average cognitive abilities. *Autism Res* 2009;2:109-18.
8. Eaves LC. Young adult outcome of autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2008;38:739.
9. Orsmond G, Krauss M, Seltzer M. Peer relationships and social and recreational activities among adolescents and adults with autism. *J Autism Dev Disord* 2004;34:245-56.
10. Shtayermman O. Peer victimization in adolescents and Young adults diagnosed with Asperger's syndrome: a link to depressive symptomatology, anxiety symptomatology and suicidal ideation. *Issues Compr Pediatr Nurs* 2007;30:87-107.
11. Rutter M. Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discipl* 2011;52:647-60.

El autismo como indicador central clínico de la esquizofrenia

En su artículo publicado en el número de junio de 2012 de *World Psychiatry*, J. Parnas se enfoca en la alteración fundamental de los pacientes antes del inicio de la enfermedad esquizofrénica (1). Hace referencia a la ICD-8 en la cual un trastorno de la personalidad se consideraba el indicador central clínico de la esquizofrenia. En la ICD-9 este concepto se retuvo y se incluyó una alteración de la voluntad (inercia y negativismo).

En su comentario editorial en el mismo número (2), M. Maj insta a que se realicen estudios de seguimiento sobre el enfoque gestáltico de Parnas a fin de captar la base de la esquizofrenia. Este diálogo inmediatamente trajo a mi mente la investigación de otro psiquiatra danés, E. Dein (1922-1975).

En la década de 1950, Dein llevó a cabo estudios de seguimiento en pacientes con padecimientos de la gama de la esquizofrenia (3). Definió el autismo como una «desviación permanente y socialmente perceptible en cuanto a las relaciones interpersonales del individuo, caracterizadas por una tendencia dominante a conservar una distancia anormal con respecto a otras personas, adoptar una actitud pasiva y ser emocionalmente indiferente (4). Observó que 109 de 142 pacientes con esquizofrenia crónica tenían autismo antes del inicio de su enfermedad, en comparación con solo 1 de 52 pacientes con estados esquizofreniformes episódicos (probablemente esquizoafectivos) (3). Los resultados obtenidos por Dein confirmaron la observación de Kraepelin de que el autismo es un indicador central clínico de la esquizofrenia. El enfoque gestáltico propuesto por J Parnas es una contribución importante en este sentido.

Durante nuestro estudio de validación sobre las escalas de depresión y manía (5), Dein me dijo que el caso más grave de trastorno del contacto que alguna vez hubiese observado era el de un paciente con una enfermedad maniaco-depresiva. En esa enfermedad, no obstante, la alteración no parece estar fuera de los episodios agudos, en contraste con la esquizofrenia, donde representa un rasgo de la personalidad (4).

En su comentario editorial, M. Maj también hace algunas observaciones sobre los problemas prácticos del modelo de Parnas. Entre ellas, figura el hecho de que la Gestalt central posiblemente sea muy viable en manos de superexpertos, pero peligrosamente volátil en el ejercicio clínico ordinario (2). En este sentido las palabras de Dein (4) hacen eco a las inquietudes de Maj. «Es verdad que la capacidad de los psiquiatras para

percibir matices sutiles del contacto varía considerablemente y tal vez un deseo natural para establecer el contacto puede tentar a muchos psiquiatras a sobreestimar su empatía con el paciente. En todo caso es inconveniente el que un criterio tan decisivo para el diagnóstico como lo es el autismo deba depender demasiado de la individualidad del psiquiatra y realmente puede convertirse en un problema si el grado de su experiencia y competencia desempeñan un papel dominante en el análisis clínico».

Dein también afirma que «al valorar el posible autismo... se debiera... tratar de apartar los ojos de otros síntomas, por ejemplo, las alteraciones del pensamiento, los fenómenos transistivistas, los delirios o las alucinaciones; estos síntomas a veces son tan sugestivos del diagnóstico de esquizofrenia que uno puede verse sesgado a favor de la presencia de autismo» (4). Al tratar de cerrar los ojos de los psiquiatras de la época del DSM-IV a los síntomas de primer orden de Schneider a fin de enfocarse en la manifestación clave de la esquizofrenia, Maj (6) ha llegado a la conclusión que el concepto de autismo, según lo revisó Parnas (7), merece atención. Consideramos que este elemento debiera introducirse explícitamente en el debate actual en la revista.

Per Bech

Psychiatric Research Unit, Mental Health Centre North Zealand, University of Copenhagen, Dyrehavevej 48, DK-3400 Hillerød, Denmark

Bibliografía

1. Parnas J. The core Gestalt of schizophrenia. *World Psychiatry* 2012;11:67-9.
2. Maj M. The self and schizophrenia: some open issues. *World Psychiatry* 2012;11:65-6.
3. Dein E. Personlighedstyper ved skizofreni og skizofreniforme psykoser. *Nordic J Psychiatry* 1964;18:88-105.
4. Dein E. On the concept of autism. *Acta Psychiatr Scand* 1966;191:124-35.
5. Bech P. *Clinical psychometrics*. Oxford: Wiley Blackwell, 2012.
6. Maj M. Critique of the DSM-IV operational diagnostic criteria for schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998;172:458-60.
7. Parnas J, Bovet P. Autism in schizophrenia revisited. *Compr Psychiatry* 1991;32:7-21.

La transición de la formación psiquiátrica al ejercicio clínico independiente: una encuesta en torno a la situación de los psiquiatras jóvenes en 35 países

La transición de la formación psiquiátrica hacia el ejercicio clínico independiente es un paso decisivo en el desarrollo profesional de todo psiquiatra. Para muchos, esta fase también determina su opción de subespecialización y por tanto tiene una repercusión importante en los caminos profesionales individuales así como en la disponibilidad de psiquiatras en diversos campos de nuestra especialidad. Pese a su importancia, este periodo de desarrollo profesional no se ha estudiado relativamente bien (1). De acuerdo con el objetivo de la WPA de «promover el desarrollo profesional de los psiquiatras jóvenes en todo el mundo» (2) los miembros del Consejo de Psiquiatras Jóvenes (ECPC) —zona 1 de Europa— de la WPA llevaron a cabo una encuesta para investigar este periodo con más detalle (3).

Se elaboró un cuestionario en línea de 27 apartados el cual abarcó: a) factores que influyen en la selección de la subespecialidad psiquiátrica y ámbito de trabajo, b) disponibilidad de trabajo y c) disponibilidad de oportunidades de formación y tutoría específicas a esta fase. A los 60 miembros del Consejo se les pidió que participasen en la encuesta como expertos de la situación en sus países. Cuarenta miembros del Consejo que representan 35 países de los cinco continentes participaron en la encuesta, dando por resultado una tasa de respuesta del 66%.

Con respecto a la selección de la especialidad fue más frecuente que se notificara que estuviese fuerte o muy fuertemente influenciada por variables personales, tales como expectativas de sueldo (30/40), intereses personales (29/40) y compatibilidad con la vida privada (27/40), que por factores externos como expectativas sociales (13/40) y el entorno político (10/40). Notablemente, en tres países se comunicó que las desigualdades de género tenían una fuerte influencia en la selección de la especialidad. Por otra parte, seis de los 40 informantes señalaron que en sus países la ubicación del ejercicio clínico era decidida «por alguien más» y no por los propios psiquiatras. En 12 países, se recurría a salarios más altos y acceso a la formación en subespecialidad como incentivos para la incorporación de psiquiatras en regiones desatendidas.

Casi todos los expertos (37/4) juzgaron como improbable o muy improbable el riesgo de desempleo inmediatamente después de la especialización psiquiátrica. Sin embargo, más de la mitad (21/40) afirmaron que era difícil o muy difícil obtener el trabajo deseado. Los puestos en los hospitales universitarios y los consultorios psiquiátricos privados más a menudo fueron citados como opciones profesionales atractivas. De estos, la disponibilidad de oportunidades de trabajo en hospitales universitarios se comunicó como «muy mala» o «mala» en 21 de 40 países. Además, 14 de los 40 representantes informaron que no era posible en sus países establecerse de inmediato como psiquiatra práctico independiente después de concluir la for-

mación. Las limitaciones establecidas por los gobiernos en torno al número de puestos disponibles y periodos de servicio obligatorio en el sector público —en un país hasta nueve años— se mencionaron como factores restrictivos.

Aunque la transición entre la formación psiquiátrica y el ejercicio clínico independiente se relacionó con altos grados de estrés, ansiedad y dificultades en la atención a los pacientes entre los psiquiatras jóvenes (4), la encuesta resaltó una falta de apoyo específico durante esta fase. Sólo ocho de los 40 informantes comunicaron que existían oportunidades de capacitación específica para desarrollar habilidades psiquiátricas «de la vida real», por ejemplo, en liderazgo o administración. Si bien 19 representantes señalaron que en su país se contaba con un tutor durante la formación psiquiátrica, este número descendió a 11 para los primeros años de trabajar como especialista.

En nuestro punto de vista, la transición de la formación psiquiátrica al ejercicio clínico independiente debiera reconocerse como una tarea compleja y un paso decisivo hacia el dominio de nuestra profesión. Merece reflexión por el psiquiatra joven y apoyo de las asociaciones profesionales psiquiátricas. Se debieran crear oportunidades de formación específicas para este periodo de transición. Así mismo, consideramos que el establecer incentivos puede ser un método más adecuado que el imponer restricciones a fin de atraer sustancialmente a psiquiatras jóvenes para que trabajen en regiones no bien atendidas de un país o campos de la psiquiatría que se han descuidado (5). Si bien el último enfoque puede funcionar a corto plazo, puede ser una carga para el psiquiatra individual y un peligro para la incorporación a largo plazo.

*Florian Riese¹, Clare Oakley², Marie Bendix³,
Piiirica Piir⁴, Andrea Fiorillo⁵*

¹Psychiatric University Hospital, Zurich, Switzerland;

²Institute of Psychiatry, King's College, London, UK;

³Psychiatric Clinic Southwest, Karolinska University Hospital Huddinge, Stockholm, Sweden;

⁴Psychiatry Clinic, University of Tartu, Estonia;

⁵Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy

Bibliografía

1. Riese F, Salvi V, O'Leary P et al. Not quite there yet? The transition from psychiatric training to practice as a psychiatric specialist. In: Fiorillo A, Callies I, Sass H (eds). How to succeed in psychiatry — a guide to training and practice. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012:147-60.
2. Maj M. Report on the implementation of the WPA Action Plan 2008-2011. World Psychiatry 2011;10:161-4.

3. Fiorillo A, Brambhatt P, Elkholy H et al. Activities of the WPA Early Career Psychiatrists Council: the Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2011;10:159.
4. Looney JG, Harding RK, Blotcky MJ et al. Psychiatrists' transition from training to career: stress and mastery. *Am J Psychiatry* 1980;137:32-6.
5. Gunther OH, Kurstein B, Riedel-Heller SG et al. The role of monetary and nonmonetary incentives on the choice of practice establishment: a stated preference study of young physicians in Germany. *Health Serv Res* 2010;45:212-29.

Telepsiquiatría móvil en la India

Fue interesante leer el artículo de B. Grady (1) en el número de octubre de 2012 de *World Psychiatry* y trazar paralelismos con nuestra propia experiencia en la implementación de los servicios de telepsiquiatría en zonas rurales de Tamil Nadu en India.

La Fundación para la Investigación sobre la Esquizofrenia (SCARF) comenzó a experimentar con la telepsiquiatría en 2005 como parte de su programa de intervención psicosocial para las víctimas del maremoto y desde entonces se ha desarrollado y se ha convertido en un componente pleno de su programa de asistencia social a la población. Los servicios al principio fueron implementados a través de la Red Digital de Servicios Integrados (ISDN) y después, con la disponibilidad de una mayor amplitud de banda, cambiamos hacia la banda ancha. En 2010, con el apoyo de Tata Education Trust, expandimos nuestro servicio para abarcar el distrito de Pudukottai y fuimos los primeros en implementar los servicios de telepsiquiatría en una plataforma móvil.

El servicio móvil abarca 156 aldeas con una población de casi 300.000. En la actualidad el servicio se enfocó sólo en aquellos con trastornos graves y estimamos que cerca de 1.000 personas dispondrán del servicio durante tres años.

El servicio de telepsiquiatría móvil de SCARF se proporciona en un autobús que se ha adaptado específicamente y consta de un consultorio y una farmacia. En el cuarto de consulta, la comunicación tiene lugar entre un psiquiatra con sede en Chenna y el paciente y los cuidadores a través de TV de pantalla plana y cámaras de gran resolución de las más modernas utilizando una conexión inalámbrica para Internet.

Después de una teleconsulta, el psiquiatra recomienda una receta al facilitador de la clínica de telepsiquiatría en el autobús y ésta es dispensada por la farmacia a bordo. También se da una fecha de cita de seguimiento para la revisión. La medicación se proporciona sin costo. Es un componente esencial del programa que considera las limitaciones económicas de los pacientes y también el hecho de que raras veces se almacena los fármacos psiquiátricos en las farmacias rurales.

Cada paciente recibe un registro que él conserva y que está concebido para facilitar la continuidad de la asistencia y la transmisión de información entre los profesionales de la atención a la salud. Detalla su diagnóstico, prescripción y cualquier investigación relevante a que el paciente se deba

Someter de manera independiente, por ejemplo, un electroencefalograma o pruebas sanguíneas.

Además de las teleconsultas, el paquete proporciona intervenciones psicosociales que comprenden psicoeducación para cuidadores administrada por trabajadores de la salud de la población. Así mismo, se hace énfasis en obtener trabajos para los pacientes a través de los programas de gobierno existentes y en el sector de voluntarios. Los trabajadores de la salud son supervisados a través de videoconferencias y visitas periódicas al lugar.

El crear conciencia en torno a la enfermedad mental es otro elemento importante del paquete. Una comprensión deficiente de la enfermedad retrasa la identificación temprana y el tratamiento y de esta manera aumenta el estigma experimentado. Los propios aldeanos son objeto de campañas de concienciación, las cuales comprenden obras de teatro en la calle, la distribución de carteles y folletos y la representación de películas. Estas son transmitidas en una pantalla de televisión adaptada en la parte trasera del autobús y fueron creadas específicamente para educar a las personas en torno a los signos y los síntomas de los trastornos psicóticos. La película también explica el proceso de la telepsiquiatría y el objetivo del programa.

Si bien el programa en general ha sido satisfactorio para demostrar la factibilidad de implementar un servicio de telepsiquiatría móvil, un reto importante ha sido el atender a una carga creciente de pacientes, así como enfocarse en el punto de vista de Grady (1) de que la telepsiquiatría redistribuye los recursos en vez de crear capacidad adicional.

En general, nuestra experiencia ha sido muy positiva y nos alienta a ensanchar el alcance del programa. La integración de esta estrategia en el programa de salud mental del distrito podría resultar enormemente útil sobre todo para llegar a las zonas distantes. Con los avances recientes en los recursos de telecomunicación en la India, es el momento ideal para explotar el inmenso potencial de la telepsiquiatría.

Rangaswamy Thara, John Sujit

Schizophrenia Research Foundation, Chennai, India

Bibliografía

1. Grady B. Promises and limitations of telepsychiatry in rural adult mental health care. *World Psychiatry* 2012;11:199-201.

Las características, el contenido, el desempeño y el impacto del sitio Web de WPA (www.wpanet.org)

LEVENT KUEY

WPA Secretary General and Website Editor

La WPA ha estado mejorando su imagen e identidad organizativa en congruencia con su plan de acción de 2008-2001 y el de 2011-2014. La página Web oficial de la WPA; junto con los otros medios de comunicación (WPA News, la Newsletter oficial de la WPA y el E-Boletín de la WPA) han desempeñado un papel importante en este proceso.

Desde 2008 se construyeron y mejoraron los medios de comunicación de la WPA para que fuesen congruentes con su contenido y estética. La perspectiva general ha sido lograr la elegancia en la sencillez. Los medios de comunicación de la WPA fueron enriquecidos para aumentar su eficiencia, tanto a nivel interorganizativo como intraorganizativo, y reflejar la voz de todos los componentes de la WPA. Se enviaron con regularidad solicitudes para colaboraciones y cualquier tema remitido fue publicado después de un proceso de edición y aprobación. El Secretario General de la WPA, como editor de estos canales de medios, vigiló esta ruta con la colaboración de miembros del Comité Ejecutivo de la WPA y el personal de la Secretaría de la WPA. Este artículo se enfoca en las principales características, contenido, desempeño e impacto del sitio Web de la WPA.

La renovación del sitio Web y la transferencia del administrador y el servidor del sitio, con el propósito de mejorar el impacto global del sitio Web de la WPA mediante la revisión de su contenido, infraestructura, diseño visual y proceso de mantenimiento, comenzó a principios de 2009 y se finalizó en un año. El 12 de abril de 2010 se publicó un nuevo sitio Web totalmente reconstruido, después de análisis exhaustivos en el Comité Ejecutivo de la WPA (2008-2011) y con el personal de IT responsable de la administración técnica del sitio Web, para tratar de mejorar su facilidad de lectura, facilidad de uso e impacto.

CARACTERÍSTICAS

El sitio Web de la WPA fue reconstruido y rediseñado con el propósito de que fuese fácil de navegar por los usuarios, fácil de administrar para los administradores del sitio y el editor y con una mayor calidad de contenido y estética

basándose en una infraestructura bien desarrollada.

Este sitio Web está abierto a todos los visitantes sin ninguna zona de filtración mediante contraseña, lo cual contribuye a la transparencia organizativa y a la accesibilidad al trabajo de la WPA en general. Esto también brinda la oportunidad a los profesionales de la salud mental y a los no profesionales para tener acceso al material educativo presentado en diversos idiomas.

La página inicial se abrevió y se comprimó, de manera que es más factible de visualización por el usuario. El contenido de la página inicial ahora es más sistemático y clasificado. Todos estos cambios le facilitan al usuario seguir el contenido y dar prioridad conforme a sus propias necesidades.

Se creó un sistema de navegación lateral y menú, de manera que los usuarios puedan navegar con más facilidad. Como ayuda a la navegación, se diseñó y se aplicó un «sistema de navegación», que brinda a los usuarios una forma de llevar un registro de su ubicación dentro de programas o documentos, de manera que los usuarios puedan saber cómo llegar allí mientras navegan.

La infraestructura fue clasificada y la base de datos fue codificada dinámicamente para gestionar artículos, congresos, archivos o cualquier tema consultado en el sitio Web. Todas las páginas fueron codificadas en forma sistemática y son procesadas en lenguaje de marcas hipertextuales (HTML) en forma automática.

Se construyó un sistema de administración de contenido Web que apoya la clasificación y la administración del contenido y hace posible crear un mapa de navegación. Todas las páginas y contenidos se muestran dinámicamente en sus propios modelos. Todas las imágenes y modelos son relativamente fáciles de modificar. Se utilizó un editor de texto «WYSIWYG» (lo que ves es lo que obtienes), en el área de administración para reducir la cantidad de tipos y errores similares y facilitar añadir a una página imágenes, enlaces, documentos en PDF o archivos en formato doc.

Se renombraron los materiales interactivos en el sitio Web y se subieron según sus ubicaciones en la navegación principal. Este nuevo sistema de docu-

mentos proporciona una posibilidad de utilización del contenido en el sitio Web y también en el área de administración. El proceso de carga de nuevos materiales se diseñó sistemáticamente, lo que también brinda la oportunidad de albergar aplicaciones interactivas, como videograbaciones, zonas protegidas con contraseña (si resultó necesario), registro de aplicaciones, etcétera. Por consiguiente, se diseñó y se añadió un módulo que brinda soporte a videos y presentaciones para la sección de «WPA E-Learning».

CONTENIDO

El contenido del sitio Web refleja y reconstruye las actividades de todos los componentes de la WPA. En la actualidad alberga más de 3.500 elementos, que abarcan noticias en todos los campos de actividades de la WPA y sus componentes. Se publicaron todos los temas de la revista oficial de la WPA, *World Psychiatry*, material de educación continuada para los psiquiatras, material educativo para el público general sobre aspectos de la salud mental, material que describe experiencias exitosas en el campo de la salud mental e información sobre las actividades de la Secretaría de la WPA, congresos, publicaciones y secciones científicas. Así mismo, se publicó información sobre la estructura y el trabajo de los Comités de la WPA y los instrumentos normativos de la WPA.

Una sección muy visitada del sitio Web es la que alberga *World Psychiatry*. Los psiquiatras de todo el mundo pueden leer y descargar gratuitamente la revista no sólo en inglés sino también en varios idiomas; sean números completos o artículos o resúmenes individuales están disponibles en español, chino, ruso, francés, árabe, turco, japonés, polaco, rumano e italiano.

El Programa de E-Learning de la WPA fue preparado e implementado en 2010. Este programa comprende videos y series de diapositivas de conferencias científicas destacadas y presentaciones de los Congresos de la WPA, comenzando con una selección del Congreso Internacional de la WPA en 2009, Florencia. En la actualidad se han subido 33 conferencias en video y en formato de Powerpoint sincronizado. Así mismo, en el sitio Web se aloja un programa de

educación al público en línea, dirigido a proporcionar información científica de gran calidad y fiable sobre la salud mental y la psiquiatría al público.

Otros productos educativos de la WPA están disponibles y se pueden descargar gratuitamente del sitio Web, a saber: tres series de diapositivas basadas en una serie de libros de la WPA en los que se aborda reconocimiento, epidemiología, patogenia, aspectos culturales, costos médicos y tratamiento de la comorbilidad de depresión con diabetes, cardiopatía y cáncer (1-3). Además de sus versiones en inglés estas diapositivas están disponibles hasta en 17 idiomas (francés, portugués, español, italiano, estoniano, croata, alemán, sueco, azerí, bosnio, rumano, checo, ruso, indonesio, bangla y japonés). También se publicó en el sitio Web un módulo educativo y dos series de diapositivas sobre enfermedades físicas en pacientes con trastornos mentales graves, preparado por la WPA (4,5).

Por otra parte, el sitio Web de la WPA aloja algunos documentos esenciales para mejorar provechosamente las normas de calidad éticas y científicas de nuestra profesión. La Declaración de Madrid sobre Normas Éticas (según la enmendó la Asamblea General de la WPA en Buenos Aires el 21 de septiembre de 2011); el modelo de la WPA para la educación de estudiantes de pregrado y posgrado en psiquiatría y salud mental; recomendaciones para las relaciones de psiquiatras, organizaciones de atención a la salud que trabajan en el campo psiquiátrico y asociaciones psiquiátricas con la industria farmacéutica (6); recomendaciones sobre los mejores procedimientos para trabajar con usuarios de servicios y cuidadores de familias (7); y documentos de guía de la WPA sobre la implementación de la salud mental en la población (8), de qué manera combatir la estigmatización de la psiquiatría y los psiquiatras (9), atención a la salud mental en inmigrantes (10) y la promoción de la salud mental en niños de personas con trastornos mentales graves (11) son ejemplos de tales documentos.

DESEMPEÑO

El desempeño del sitio Web, que muestra una amplia aceptación en todo el mundo, es supervisado de cerca mediante un análisis periódico. Aquí, revisamos el desempeño del sitio Web desde

su publicación, que abarca el periodo entre el 12 de abril de 2010 y el 12 de octubre de 2012.

Según se muestra en la tabla 1, durante estos 2,5 años, más de 200.000 personas han visitado el sitio Web de la WPA, lo que constituye más de 300.000 visitas. Estas visitas provienen de 209 países/territorios, que prácticamente cubren todas las regiones del mundo. Si notamos que el número de países en los cuales la WPA tiene asociaciones integrantes nacionales es de 117, esto significa que la WPA siempre está llegando a más de sus límites organizativos a través de su sitio Web.

El sitio Web continuamente es visitado por nuevas personas y la proporción de nuevos visitantes es del 69%. Esto también se refleja en el hecho de que un 68% de los visitantes llegan al sitio Web a través de «buscadores», en tanto que un 17% llegan a través de «páginas de referencia» y el 15% utiliza tráfico directo.

IMPACTO

Uno de los criterios ampliamente utilizados para medir el impacto de un sitio Web es la «verificación de la relevancia de la página», un servicio gratuito proporcionado por Google. El valor de la relevancia de la página indica la importancia de un sitio/página Web en concreto. Puesto que es una medida objetiva de la importancia de su cita, también se corresponde bien con la idea de la importancia subjetiva de las personas. En la actualidad, la relevancia de la página del sitio Web de la WPA es 7/10 (es decir, el valor de la relevancia de la página es 7 de 10 posibles puntos), lo que refleja un gran impacto en comparación con muchas otros sitios Web similares.

Como editor y Secretario General de la WPA se me ha facilitado este proceso gracias a la cooperación de los miembros del Comité Ejecutivo de la WPA de 2008 a 2011 y de 2011 a 2014 y nuestro personal de la Secretaría pasada y actual, Anna Engström, Francesca Sotgiu y Pamela Atiase y nuestro personal de IT en la agencia con sede en Estambul, Saglik Bahcesi. Se agradece mucho su entusiasmo, apoyo y hábiles esfuerzos.

De hecho, un sitio Web es una plataforma dinámica muy flexible, un trabajo en progreso en el que podemos explorar más mejoras de forma continua. Espero que los usuarios del sitio Web de la WPA continuaran ayudándonos a mejorar su calidad enviando sus colaboraciones y comentarios.

Tabla 1. Estadísticas relativas al sitio Web de la WPA (12 de abril de 2010 a 12 de octubre de 2012)

Visitantes	215,836
Visitas	313,916
Países/territorios	209
Visitas al día (promedio)	348
Páginas por visita (promedio)	3.36
Títulos de página visitados (por lo menos una vez)	3134
Títulos de página visualizados	1,054,151

Bibliografía

1. Katon W, Maj M, Sartorius N. Depression and diabetes. Chichester: Wiley, 2010.
2. Glassman A, Maj M, Sartorius N. Depression and heart disease. Chichester: Wiley, 2011.
3. Kissane DW, Maj M, Sartorius N. Depression and cancer. Chichester: Wiley, 2011.
4. De Hert M, Correll CU, Bobes J et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011;10:52-77.
5. De Hert M, Cohen D, Bobes J et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry* 2011; 10:138-51.
6. Appelbaum P, Arboleda-Florez J, Javed A et al. WPA recommendations for relationships of psychiatrists, health care organizations working in the psychiatric field and psychiatric associations with the pharmaceutical industry. *World Psychiatry* 2011; 10:155-8.
7. Wallcraft J, Amering M, Freidin J et al. Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers. *World Psychiatry* 2011;10:229-37.
8. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:67-77.
9. Sartorius N, Gaebel W, Cleveland HR et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry* 2010;9: 131-44.
10. Bhugra D, Gupta S, Bhui K et al. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry* 2011;10:2-10.
11. Brockington I, Chandra P, Dubowitz H et al. WPA guidance on the protection and promotion of mental health in children of persons with severe mental disorders. *World Psychiatry* 2011;10:93-102.

Asociación de la WPA y la Organización Mundial de la Salud para la preparación del capítulo sobre trastornos mentales de la ICD-11

PAOLA BUCCI

Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy

Se está llevando a cabo la preparación de la 11ª edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD) y cabe esperar que el sistema diagnóstico se publique en el año 2015. La WPA está apoyando a la Organización Mundial de la Salud (WHO) en la producción del capítulo sobre trastornos mentales.

El ex presidente de la WPA, M. Maj, es miembro del Grupo Internacional de Asesores para la revisión de la ICD-10 y presidente del grupo de trabajo sobre Trastornos Afectivos y por Ansiedad. Varios funcionarios de la WPA o expertos fueron asignados como directivos o miembros de los grupos de trabajo para la ICD-11. Los directores son W. Gaebel (Grupo de Trabajo sobre Trastornos Psicóticos), P. Tyrer (Grupo de Trabajo sobre Trastornos de la Personalidad), L. Salvador Carulla (Grupo de Trabajo sobre Discapacidades Intelectuales), O. Gureje (Grupo de Trabajo sobre Trastornos Somáticos por Ansiedad y Disociativos) y D. Stein (Grupo de Trabajo sobre Trastornos Obsesivo-Compulsivos y Afines).

Las asociaciones integrantes de la WPA participaron en la encuesta global de las actitudes de los psiquiatras hacia la clasificación de los trastornos mentales realizada por WPA-WHO (1). En esta encuesta se reunió información de 4.887 psiquiatras con respecto a su uso habitual de un sistema de clasificación formal, el sistema de clasificación más utilizado y el número de categorías diagnósticas ideales, así como sus puntos de vista en torno a los objetivos más importantes de la clasificación, el empleo de criterios estrictos frente a la guía flexible, cómo incorporar la gravedad y el estado funcional en una clasificación de los trastornos mentales, la utilidad de un componente dimensional, la aplicabilidad cultural de las clasificaciones actuales y la facilidad

de uso así como la bondad de adaptación de las categorías diagnósticas de la ICD-10. Los resultados de esta encuesta se están utilizando para mejorar la utilidad clínica del capítulo de la ICD-11 sobre trastornos mentales.

Varias asociaciones integrantes de la WPA y expertos están o estarán participando en los estudios de campo para al ICD-11 y en las diversas traducciones y adaptaciones del sistema diagnóstico. La WPA está contribuyendo de manera activa al proceso de armonización entre la ICD-11 y el DSM-5.

Dentro del marco del 15º Congreso Mundial de Psiquiatría, que tuvo lugar en Buenos Aires, Argentina, en septiembre de 2011, tuvieron lugar varias sesiones relacionadas con la elaboración de la ICD-11, incluido un simposio especial titulado «Preparación de la clasificación de los trastornos mentales para la ICD-11: estudios de campo y perspectivas globales», con la participación de G. Reed, el funcionario de la WHO a cargo de este proceso.

World Psychiatry es uno de los principales medios a través de los cuales se está actualizando la comunidad psiquiátrica internacional en torno a la elaboración de la ICD-11. Se ha publicado en la revista un artículo especial del Grupo Asesor Internacional para la ICD-11 que resume la filosofía de todo el proceso (2), así como el primer estudio en torno al grupo de trabajo sobre discapacidades intelectuales (3) y un análisis de la evidencia científica y las propuestas para la clasificación de los trastornos de la alimentación y la conducta alimentaria de la ICD-11 (4). Varios artículos producidos por el grupo de trabajo sobre trastornos afectivos y por ansiedad se han reunido en un suplemento especial de la revista (5). Muchas colaboraciones relevantes han aparecido en los números recientes de la revista (6, 25). Todos los artículos antes señalados están disponibles en el sitio Web de la WPA (www.wpanet.org).

Bibliografía

1. Reed GM, Mendonca Correia J, Esparza P et al. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry* 2011;10:118-31.
2. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 2011;10: 86-92.
3. Salvador-Carulla L, Reed GM, Vaez-Azizi LM et al. Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for "mental retardation/intellectual disability" in ICD-11. *World Psychiatry* 2011;10: 175-80.
4. Uher R, Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11:80-92.
5. Maj M, Reed GM (eds). The ICD-11 classification of mood and anxiety disorders: background and options. *World Psychiatry* 2012;11 (Suppl.1).
6. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. *World Psychiatry* 2011;10:81-2.
7. Widiger TA. Personality and psychopathology. *World Psychiatry* 2011;10: 103-6.
8. Strakowski SM, Fleck DE, Maj M. Broadening the diagnosis of bipolar disorder: benefits vs. risks. *World Psychiatry* 2011; 10:181-6.
9. Goldberg D. The heterogeneity of "major depression". *World Psychiatry* 2011;10:226-8.
10. Casey P, Bailey S. Adjustment disorders: the state of the art. *World Psychiatry* 2011;10:11-8.
11. Owen MJ. Is there a schizophrenia to diagnose? *World Psychiatry* 2011;10: 34-5.
12. Millon T. Further thoughts on the relation of personality and psychopathology. *World Psychiatry* 2011;10:107-8.

13. Links PS. Personality and psychopathology: the dangers of premature closure. *World Psychiatry* 2011;10:109-10.
14. Torgersen S. Personality may be psychopathology, and vice versa. *World Psychiatry* 2011;10:112-3.
15. Zimmerman M. Broadening the concept of bipolar disorder: what should be done in the face of uncertainty? *World Psychiatry* 2011;10:188-9.
16. Frank E. Bipolar spectrum: has its time come? *World Psychiatry* 2011;10: 193-4.
17. Carlson GA. Broadening bipolar disorder – by design or by accident? *World Psychiatry* 2011;10:195-6.
18. Maj M. Bereavement-related depression in the DSM-5 and ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11:1-2.
19. Wakefield JC, First MB. Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? *World Psychiatry* 2012;11:3-10.
20. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry* 2012;11:16-21.
21. Parnas J. The core Gestalt of schizophrenia. *World Psychiatry* 2012;11:67-9.
22. Carlson GA. Differential diagnosis of bipolar disorder in children and adolescents. *World Psychiatry* 2012;11:46-52.
23. Westen D, Malone JC, DeFife JA. An empirically derived approach to the classification and diagnosis of mood disorders. *World Psychiatry* 2012;11:172-80.
24. FirstMB. A practical prototypic system for psychiatric diagnosis: the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. *World Psychiatry* 2012;11: 24-5.
25. Jablensky A. Prototypes, syndromes and dimensions of psychopathology: an open agenda for research. *World Psychiatry* 2012;11:22-3.

