

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 14, Número 1



2016

EDITORIALES

La necesidad de un modelo conceptual en psiquiatría que reconozca la complejidad y a la vez evite el derrotismo
M. MAJ

1

Dopamina y la hipótesis de la relevancia anómala en la esquizofrenia
O.D. HOWES, M.M. NOUR

3

ARTÍCULOS ESPECIALES

La naturaleza de los trastornos psiquiátricos
K.S. KENDLER

5

Implicación en el tratamiento de individuos con enfermedad mental: revisión y actualización
L.B. DIXON, Y. HOLOSHITZ, I. NOSSEL

13

PERSPECTIVAS

Gigantes de la tecnología entran en el campo de la salud mental
H.A. EYRE, A.B. SINGH, C. REYNOLDS III

21

¿Debiera la psiquiatría ocuparse únicamente de los trastornos mentales sin una causa médica identificada?
C. ARANGO, D. FRAGUAS

22

¿Qué podemos aprender de las altas tasas de esquizofrenia en personas con el síndrome de deleción 22q11.2?
M.J. OWEN, J.L. DOHERTY

23

FÓRUM – UTILIDAD CLÍNICA FRENTE A VALIDEZ EN EL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

Clasificaciones psiquiátricas: validez y utilidad
A. JABLENSKY

26

Comentarios

Un balance sobre la utilidad del diagnóstico psiquiátrico
A. FRANCES

32

Contra la utilidad
J.C. WAKEFIELD

33

La utilidad sin validez es inútil
S.N. GHAEMI

35

Necesitamos que la ciencia también sea útil
D. BOLTON

37

¿Mejoraría la utilización de medidas dimensionales la utilidad de los diagnósticos psiquiátricos?
M.R. PHILLIPS

38

Variación y validación: el ejemplo de la esquizofrenia
K.F. SCHAFFNER

39

ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

Características clínicas, sociodemográficas y psicológicas en individuos con experiencias psicóticas persistentes con y sin una “necesidad de tratamiento”
E. PETERS, T. WARD, M. JACKSON, C. MORGAN, M. CHARALAMBIDES Y COL.

41

Comparación de la monoterapia de mantenimiento con litio, valproato, olanzapina o quetiapina en el trastorno bipolar: un estudio de cohortes basado en la población del Reino Unido utilizando registros electrónicos de historias clínicas
J.F. HAYES, L. MARSTON, K. WALTERS, J.R. GEDDES, M. KING Y COL.

53

Duelo tras la muerte de un hermano: un estudio longitudinal de casos y testigos basado en la población
J.M. BOLTON, W. AU, D. CHATEAU, R. WALLD, W.D. LESLIE Y COL.

59

REEVALUACIÓN

Enseñanzas aprendidas de las consecuencias imprevistas de programas para erradicar el estigma de las enfermedades mentales
P.W. CORRIGAN

67

PUNTOS DE VISTA

Alojamiento apoyado para las personas con problemas de salud mental
H. KILLASPY

74

Nuevos enfoques en las intervenciones para niños refugiados
P. VOSTANIS

75

Por qué algunos individuos son más resistentes a la adversidad que otros: rol del apoyo social
S.M. SOUTHWICK, L. SIPPEL, J. KRYSYAL, D. CHARNEY, L. MAYES Y COL.

77

CARTAS AL EDITOR

80

NOTICIAS DE LA WPA

87

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 14, Número 1  2016

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)

Editorial Board: D. Bhugra (UK), H. Herrman (Australia), R.A. Kallivayalil (India), A. Soghoian (Armenia), M. Takeda (Japan),
E. Belfort (Venezuela), M. Riba (USA), A. Javed (UK/Pakistan).

Advisory Board: H.S. Akiskal (USA), R.D. Alarcón (USA), J.A. Costa e Silva (Brazil), J. Cox (UK), M. Jorge (Brazil), H. Katschnig (Austria),
F. Lieh-Mak (Hong Kong-China), F. Lolas (Chile), J.E. Mezzich (USA), D. Moussaoui (Morocco),
P. Munk-Jorgensen (Denmark), F. Njenga (Kenya), A. Okasha (Egypt), J. Parnas (Denmark), V. Patel (India), P. Ruiz (USA),
N. Sartorius (Switzerland), C. Stefanis (Greece), A. Tasman (USA), S. Tyano (Israel), J. Zohar (Israel).

EDICIÓN ESPAÑOLA

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)

©Copyright World Psychiatric Association

©Traducción al castellano Ergon

ISSN: 1697-0683

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.

Traducción: TransMed, LLC

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



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

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

La necesidad de un modelo conceptual en psiquiatría que reconozca la complejidad y a la vez evite el derrotismo

La necesidad de un modelo conceptual en psiquiatría que reconozca la complejidad y a la vez evite el derrotismo

La noción —que se suele plantear en la actualidad— de que lo que llamamos trastornos mentales son simplemente conceptos cómodos que pueden o no reflejar adecuadamente lo que existe en la vida real es muy probable que sea malinterpretada por varios psiquiatras (lo que contribuye a su frustración actual sobre el estado de nuestra profesión), por muchos colegas médicos (lo que refuerza su escepticismo hacia nuestra disciplina) por el público general (ya sensibilizado por los debates recientes tras la publicación del DSM-5) y por personas con problemas de salud mental y quienes los cuidan (lo que los desalienta más a buscar nuestra ayuda y escuchar lo que les decimos). El problema principal (pero no el único) es que la diferencia entre esta noción (que reconoce la existencia de enfermedades mentales lo mismo que las limitaciones de las categorías diagnósticas actuales) y la posición “radicalmente constructivista de Szasz y otros (que afirma que las categorías diagnósticas actuales son solo una ficción teórica o un mito, es decir, que no existe tal cosa como enfermedad mental excepto en un sentido metafórico) no es fácil de captar por alguien que no tenga una formación filosófica.”

Es mucho más fácil de comprender y menos destructiva la noción de que muchos de lo que llamamos trastornos mentales, aunque por el momento no reúnen los requisitos de “entidades patológicas” adecuadas, son de hecho patrones de signos observados y síntomas comunicados que los profesionales clínicos capacitados han podido reconocer durante décadas en diversos contextos clínicos y en la población (aunque también notando su presentación concomitante frecuente así como la existencia de formas intermedias y subumbral) y han estado tratando con un grado de éxito que, aunque no óptimo, en realidad es equivalente al logrado por muchas otras ramas de la medicina para los trastornos de que se ocupan.

Ciertamente es verdad que diversos conceptos diagnósticos en psiquiatría se han modificado en cierto grado a través de los años y que algunos de ellos han desaparecido a lo largo de este tiempo. Así mismo, varias categorías diagnósticas se han separado o se han agrupado de una manera que es cuestionable. Sin duda hay mucho espacio para mejorar en nuestros procedimientos diagnósticos. Sin embargo, sería difícil para mí identificar una diferencia sustancial entre la historia y la caracterización actual de, digamos, el trastorno mental llamado depresión por contradicción al trastorno no mental llamado migraña. Ambos se definen en forma sindrómica, y principalmente sobre la base de lo que la persona comunica; ambos tienen una etiopatogenia no clara y ciertamente heterogénea; ambos se han clasificado y subtipificado de manera diferente en el curso de las décadas; y ambos tienen diferentes presentaciones clínicas, incluso las formas abortadas, y límites diagnósticos nebulosos. Sería difícil también para mí aceptar que, imaginándome regresar el reloj diez mil años y permitir que la civilización humana se desarrolle de nuevo —según lo propone K. Kendler como un experimento de pensamiento en este número de la revista¹— el

patrón de depresión tuviese menos probabilidades de surgir y de identificarse que la migraña (a menos que, desde luego, la naturaleza misma de los seres humanos fuese del todo diferente).

Es verdad, el proyecto iniciado a principios de la década de 1980 para validar las categorías del DSM-III dilucidando sus fundamentos etiopatogénicos “específicos”² parece haber fracasado, pero la imagen que ha surgido gradualmente en los últimos 35 años representa en sí un avance científico importante que el empleo del DSM-III y sus sucedáneos no ha obstruido. Sabemos en la actualidad que la etiopatogenia de la mayor parte o posiblemente de todos los patrones de trastorno mental es muy compleja e implica la interacción de una multiplicidad de factores biológicos, intrapsíquicos, interpersonales y socioculturales. También sabemos que varias de estos factores no son específicos de las categorías individuales del DSM y la ICD. Esta complejidad no solo se debe, como a menudo se señala, al hecho de que el cerebro es un órgano mucho más complejo que los demás que tenemos en nuestro cuerpo, sino de manera más crucial al hecho de que los trastornos mentales no son simplemente “enfermedades del cerebro”, sino en realidad surgen en la interfaz entre el órgano complejo que es el cerebro y el mundo aún más complejo de las relaciones interpersonales en el cual todos estamos inmersos.

Para algunos patrones de trastornos mentales, por ejemplo, los trastornos de la conducta alimentaria, ya es evidente el rol de los factores socioculturales en la conformación de su identidad psicopatológica, pero incluso para los patrones como los trastornos psicóticos puede haber cierta distancia entre cualquier mecanismo neurobiológico que posiblemente dilucidemos y el grado en el cual emerge su identidad psicopatológica. Así que dar por sentado que estos patrones puedan “explicarse” completamente a un nivel neurobiológico, y sentirse derrotado o culpar a nuestra disciplina porque no podemos hacerlo, puede ser inadecuado, y puede ser decisivo dilucidar los ‘procesos de orden superior’³ que intervienen (véase, por ejemplo, en este número de la revista Howes and Nour⁴). Por otra parte, varios procesos neurobiológicos diferentes pueden desempeñar un papel en cada uno del número limitado de patrones de trastorno mental que los seres humanos pueden expresar, y el mismo proceso neurobiológico puede intervenir en varios de estos patrones.

Tampoco soy muy partidario de la diferenciación entre “utilidad” y “validez” de los diagnósticos psiquiátricos. Existe una considerable imbricación entre lo que en la actualidad se llama “utilidad” y lo que solía llamarse “validez predictora”. Si la utilidad de una entidad diagnóstica radica en su capacidad para pronosticar el curso ulterior y la respuesta a los tratamientos, entonces la confirmación de esa utilidad es un componente intrínseco del proceso de “validación” descrito por Robins y Guze⁵. Así mismo, sería apropiado prestar cierta atención a este componente en virtud de que, si el proyecto de validar nuestras entidades diagnósticas actuales dilucidando sus fundamentos etiopatogénicos específicos puede haber fracasado², es posible

que hayan sido menos infructuosos otros componentes de este proceso de validación, aunque también precisen un refinamiento. De lo contrario, toda investigación clínica de los últimos 35 años puede correr el riesgo de arrojarse al cesto de la basura, lo cual probablemente sería un error.

Por otra parte, debemos distinguir entre la “utilidad” de una determinada categoría diagnóstica y la “utilidad” de todo un sistema diagnóstico. El DSM y la ICD pueden no ser lo suficientemente “útiles” para el ejercicio clínico ordinario, en el sentido de que pueden tener características que desalientan su uso por los profesionales clínicos. De hecho contamos con cierta evidencia⁶ de que una proporción sustancial de los psiquiatras en todo el mundo no utilizan sistemas diagnósticos formales en su ejercicio ordinario o los utilizan solo como “sistemas de codificación” (es decir, utilizan los códigos de la ICD en registros clínicos y otros documentos similares, pero no tienen en la mente las descripciones de la ICD cuando utilizan estos códigos, o nunca han leído estas descripciones). Ciertamente algo debe hacerse en este sentido, y en cierta medida se está haciendo⁷.

Creo que los psiquiatras en todo el mundo, y las personas con quienes interactúan diariamente (colegas de otras disciplinas médicas, otros profesionales de la salud mental, políticos, administradores, periodistas, pacientes, cuidadores, residentes, estudiantes), necesitan hoy en día un marco conceptual que explícitamente reconozca esta complejidad y las sobresimplificaciones que pueden haber ocurrido, y a la vez eviten caer en un pesimismo que puede ser excesivo y destructivo.

Los trastornos mentales pueden no ser “entidades patológicas” en el sentido filosófico apropiado, pero una gran proporción de ellos ciertamente no son ficciones teóricas. Son patrones de signos observados y síntomas comunicados que los psiquiatras capacitados pueden reconocer y tratar, a menudo con eficacia, en contextos clínicos y en la población. No contamos con pruebas de laboratorio en las cuales basar nuestros diagnósticos, pero esto significa que se espera que los psiquiatras sean clínicos muy hábiles y que la capacitación clínica de gran calidad es aún más importante en psiquiatría que en otras disciplinas de la medicina.

No es verdad que no haya avance en la investigación etiológica en psiquiatría en los últimos 35 años. Por el contrario,

hemos aprendido que la etiopatogenia de la mayor parte de los trastornos mentales es muy compleja e implica la interacción de una multiplicidad de factores biológicos, intrapsíquicos, interpersonales y socioculturales, que la investigación gradualmente está identificando y ponderando. No cabe esperar explicaciones sencillas, aunque los modelos complejos que pueden surgir habrán de ser comprensibles por todos los interesados antes mencionados.

Los mecanismos neurobiológicos probablemente intervienen en la mayor parte si no es que en todos los trastornos mentales, pero el nivel en el cual surge la identidad psicopatológica de estos trastornos puede ser mayor que el de la maquinaria del cerebro, y puede ser decisivo dilucidar los procesos de orden superior (por ejemplo, psicológicos, culturales) que intervienen. Por consiguiente, se debe mantener un diálogo entre las neurociencias y otras ciencias (antropológicas, psicológicas, sociales) al explorar la etiopatogenia de lo que probablemente debiéramos acostumbrarnos a conceptualizar con más exactitud, de acuerdo con el finado Kraepelin⁸ como “patrones de trastorno mental”.

Mario Maj

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

1. Kendler KS. *World Psychiatry* 2016;15:5-12.
2. 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.
3. Kendler KS. *Am J Psychiatry* 2005;162:433-40.
4. Howes OD, Nour MM. *World Psychiatry* 2016;15:3-4.
5. Robins E, Guze SD. *Am J Psychiatry* 1970;126:983-7.
6. Reed GM, Mendonça Correia J, Esparza P et al. *World Psychiatry* 2011;10:118-31.
7. First MB, Reed GM, Hyman SE et al. *World Psychiatry* 2015;14:82-90.
8. Kraepelin E. *Patterns of mental disorder*. In: Hirsch SR, Shepherd M (eds). *Themes and variations in European psychiatry*. Bristol: Wright, 1974/1920:7-30.

DOI:10.1002/wps.20291

Dopamina y la hipótesis de la relevancia anómala en la esquizofrenia

Décadas de investigación han establecido un papel central de la disfunción de la dopamina mesoestriatal presináptica, sobre todo un incremento de la síntesis y de la capacidad de liberación de dopamina, en la fisiopatología de la psicosis^{1,2}. No obstante, todavía no se ha resuelto la duda de exactamente cómo el aumento de la síntesis de dopamina estriatal y la capacidad de liberación producen los síntomas y signos de la psicosis^{2,3}.

Primeramente se pensaba en el rol de la dopamina en los ganglios basales sólo en términos de la función motora. Estudios electrofisiológicos subsiguientes realizados en animales establecieron una participación en el procesamiento de recompensa y la motivación⁴. Estudios preclínicos recientes han demostrado que la señalización de dopamina mesoestriatal tiene un papel mucho más polifacético en la cognición, y en concreto un rol decisivo en el procesamiento de la relevancia de los estímulos⁵. Estos conocimientos pueden cerrar la brecha explicativa entre la neurobiología y la fenomenología al explicar cómo la disfunción de la dopamina podría ser la base de los síntomas psicóticos.

Varias clases de evidencia indican que la esquizofrenia es un trastorno de señalización anormal de la dopamina. Los fármacos que incrementan la liberación de dopamina estriatal pueden causar psicosis y la potencia de un fármaco antipsicótico es proporcional a su propiedad de antagonizar a los receptores D2/3⁶. Los estudios en que se ha utilizado tomografía por emisión de positrón (PET) proporcionan evidencia sólida de que la síntesis de dopamina y la capacidad de liberación están incrementadas en pacientes con esquizofrenia en comparación con sujetos de control, tanto en el cuerpo estriado¹ como en el lugar de origen de las neuronas en el mesencéfalo⁷. Por otra parte, estos incrementos también se observan en pacientes con alto riesgo de presentar psicosis esquizofreniforme⁸ y están específicamente vinculados a los que más tarde presentan psicosis⁹. En consecuencia, se ha propuesto la disfunción dopaminérgica estriatal como una vía común final que culmina en la psicosis en la esquizofrenia⁶. Para dar respuesta a la interrogante de cómo esta anomalía neuroquímica se relaciona con los síntomas y signos de la psicosis, es esclarecedor tomar en cuenta lo que se sabe sobre la función de la señalización de dopamina mesoestriatal en el cerebro sano.

Estudios electrofisiológicos iniciales en animales demostraron que la actividad de la vía mesolímbica dopaminérgica aumenta transitoriamente después de la presentación de recompensas inesperadas o estímulos que anticipan una recompensa, pero disminuye cuando se omite la recompensa esperada. Esta actividad se ha interpretado como un indicador de la relevancia incentiva, apuntando la selección de la acción motivada⁴. Sin embargo, las neuronas dopaminérgicas del mesencéfalo no son homogéneas: si bien una proporción codifica el valor motivacional para los resultados positivos como alimentos, conducta de búsqueda de reproducción y aprendizaje de valores⁴, otros responden a estímulos relevantes pero no recompensadores (por ejemplo, aversivos), codificando una señal de relevancia motivacional que desencadena la conducta de orientación y exploración⁵.

Las primeras descripciones de la hipótesis de la relevancia anómala en la esquizofrenia proponían que la liberación alterada de la dopamina mesoestriatal originaba una atribución excesiva de significado y valor motivacional (relevancia incentiva) a sucesos ambientales y relevantes². Sin embargo, la evidencia que respalda el carácter heterogéneo de la señalización fásica de dopamina⁵ señala que la disfunción dopaminérgica puede contribuir a una atribución polifacética de la relevancia que implica tanto la señalización de recompensa como aversiva. Esto podría conducir al mundo aparentemente impregnado de significancia, generando sentimientos de aprensión y una sensación de que el mundo ha cambiado de alguna manera aunque incierta. Estas experiencias son características de la fase prodrómica de la esquizofrenia^{2,3}. Jaspers¹⁰ se refiere a esta como la atmósfera delirante, en la cual “hay cierto cambio que envuelve todo con una luz sutil, penetrante y extrañamente incierta”.

Aunque es atractiva la explicación de la atmósfera delirante con base en la relevancia anómala, es menos plausible de qué manera las experiencias anómalas conducen a síntomas psicóticos positivos. Las teorías cognitivas de la psicosis ofrecen una explicación. Los pacientes que experimentan delirios paranoides tienden a mostrar un tipo de pensamiento “pesimista” y “exteriorizante” que puede presentarse después de la exposición a la adversidad social y al trauma en la infancia¹¹ (véase también Peter et al¹² en este número de la revista). Las experiencias desconcertantes, cuando se interpretan a través de este proceso de evaluación sesgado, pueden verse como amenazantes e incontrolables y dar lugar a ideas de persecución, ideas de referencia y delirios de control¹¹. Por extensión, cuando la relevancia se atribuye incorrectamente a representaciones internas y acciones generadas en el propio individuo, estos fenómenos pueden interpretarse como generados por factores externos³, lo cual origina alucinaciones verbales y auditivas y fenómenos de pasividad. Dado que la adversidad durante la infancia también puede sensibilizar el sistema dopaminérgico, las teorías cognitivas de la psicosis proporcionan un vínculo importante entre los factores de riesgo del desarrollo social, el sustrato neurobiológico y la experiencia subjetiva de la esquizofrenia¹¹.

Las formulaciones más recientes de la hipótesis de la relevancia en la esquizofrenia han aportado información gracias a las descripciones computacionales de la función cerebral, que resaltan el papel que desempeñan las interacciones corticales-subcorticales en la integración de la información sensorial aferente con los modelos internos existentes del mundo. Desde esta perspectiva, la información sensorial es relevante cuando viola el modelo predictor del mundo que tiene el cerebro, representado en las regiones corticales. Las desigualdades persistentes entre los estímulos previstos y los estímulos sensoriales efectivos impulsan cambios adaptativos en el modelo del mundo que se forma en el cerebro³. Este proceso es modulado finamente por la transmisión de dopamina subcortical, de manera que incluso anomalías sutiles en la señalización de la dopamina pueden originar cambios de inadaptación radicales al modelo cerebral del mundo, que pueden manifestarse clínicamente como creencias y percepciones falsas³.

La investigación de la atribución de la relevancia en la esquizofrenia se ha enfocado principalmente en las tareas de anticipación a la recompensa. En estudios de imágenes de resonancia magnética funcional (fMRI), los pacientes con esquizofrenia por lo general muestran una disminución de la activación en la vía mesolímbica (región tegmentaria ventral y cuerpo estriado ventral) tras la presentación de estímulos predictores de recompensa, y respuestas neuronales acentuadas a los estímulos “neutrales”, en comparación con los sujetos de control¹³. Estos cambios están presentes en pacientes no medicados y que tienen un primer episodio de la enfermedad. Así mismo, existe una correlación entre las anomalías de señalización mesolímbica y los síntomas tanto positivos como negativos.

En estudios que han operacionalizado la atribución de la relevancia, los pacientes con esquizofrenia tratados con medicamentos muestran alteraciones en la atribución de relevancia adaptativa, y los pacientes delirantes muestran una atribución de relevancia más anómala que los que no tienen delirios. Por otra parte, la atribución de relevancia anómala es más alta en individuos con riesgo ultraelevado de psicosis en comparación con voluntarios sanos, y tanto la atribución de relevancia anómala como las respuestas estriales ventrales en la fMRI a los estímulos irrelevantes se correlacionan con la gravedad de los síntomas delirantes¹⁴.

Pese a la plausibilidad atractiva del modelo de relevancia anómala, persiste una serie de problemas. Hasta el momento no se ha demostrado directamente la actividad dopaminérgica fásica anómala en pacientes con esquizofrenia, dadas las dificultades metodológicas inherentes. Diferentes métodos experimentales miden diversos aspectos de la función neuronal. La relación entre la actividad electrofisiológica (medida mediante registros de una sola unidad) y la liberación de transmisor (en voltimetría, microdiálisis y estudios de PET) no se ha comprendido del todo y está sujeta a la confusión de los neurotransmisores moduladores y la retroalimentación de autorreceptor. Estos enfoques experimentales también tienen una resolución espacial y temporal bastante diferente.

En seres humanos, la herramienta utilizada con más frecuencia para investigar las correlaciones neuronales de la atribución de relevancia anómala es la fMRI, que no mide directamente la actividad neuronal ni la liberación de dopamina, sino más bien los cambios regionales a nivel de oxígeno sanguíneo en un escala de tiempo de segundos. La tomografía por emisión de positrones, que permite la medición no cruenta de la actividad dopaminérgica, tiene una resolución temporal que es varios ordenes de magnitud mayor que la de los estudios electrofisiológicos en animales en los cuales está basada la hipótesis de la relevancia anómala.

Por último, aún no se ha resuelto la cuestión de si la atribución de relevancia anómala es suficiente para explicar toda la gama de síntomas en la psicosis y si esta anomalía es específica de la esquizofrenia. La hipótesis puede explicar la atmósfera delirante y la formación de delirios, pero está menos claro cómo se extiende a la enajenación del pensamiento y las alucinaciones. Por lo demás, evidencia reciente señala que las respuestas estriales ventrales en la fMRI a la recompensa anticipatoria también están reducidas en personas con dependencia al alcohol y con trastorno depresivo mayor¹⁵, y se necesitan más estudios comparativos para comprender el carácter específico del procesamiento de la relevancia anómala en la esquizofrenia.

La hipótesis de la relevancia anómala tiene el potencial de cubrir la brecha explicativa entre las características biológicas, psicológicas y conductuales de la esquizofrenia^{2,3}. Sin embargo, para que se evalué rigurosamente la hipótesis, se debe

cubrir la brecha entre los estudios en animales y seres humanos. Para este propósito serán decisivos estudios preclínicos que utilicen registros electrofisiológicos y neuroimágenes en los mismos animales que lleven a cabo tareas conductuales relevantes. Se necesitan estudios en seres humanos que combinen múltiples modalidades de imágenes (por ejemplo, fMRI, PET) con marcadores conductuales y fisiológicos de atribución de la relevancia para explorar cómo están relacionadas las diferencias interindividuales en la síntesis de dopamina y la actividad neuronal relacionada con la relevancia¹⁴. Por último, los estudios longitudinales que investigan a pacientes en múltiples etapas del proceso patológico, desde el pródromo hasta la psicosis y la recaída documentada, evaluarán si la atribución de relevancia anómala tiene una relación causal en la psicosis.

Si se puede demostrar que la atribución de relevancia anómala, causada por la disfunción dopaminérgica, es el componente final en la trayectoria etiológica que conduce a la psicosis, entonces el enfoque terapéutico más eficaz probablemente será utilizar fármacos que se dirijan específicamente a la disfunción dopaminérgica presináptica para amortiguar la atribución de relevancia anómala, seguida de un programa de psicoterapia que ayude al paciente a reevaluar su modelo del mundo, e interpretar su lugar en el mismo. Por último, los estudios que modulan directamente el sistema de la dopamina y que miden los cambios asociados en la evaluación psicológica proporcionarán la prueba final de que la hipótesis de la relevancia anómala cubre la brecha explicativa de la neurobiología a los síntomas de psicosis.

Oliver D. Howes, Matthew M. Nour

Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK, and Psychiatric Imaging Group, MRC Clinical Sciences Centre, Imperial College London, London, UK

Los autores reciben el respaldo de una beca (MCA656-5QD30) del Medical Research Council (UK), una beca (no. 666) de Maudsley Charity, National Institute for Health Research (NIHR) Biomedical Research Center at South London and Maudsley NHS Foundation Trust and King's College London. Los puntos de vista expresados aquí son de los autores y no necesariamente los del NHS, el NIHR o el Departamento de Salud.

1. Howes OD, Kambeitz J, Kim E et al. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69:776-86.
2. Kapur S. *Am J Psychiatry* 2003;160:13-23.
3. Fletcher PC, Frith CD. *Nat Rev Neurosci* 2009;10:48-58.
4. Berridge KC. *Eur J Neurosci* 2012;35:1124-43.
5. Bromberg-Martin ES, Matsumoto M, Hikosaka O. *Neuron* 2010;68:815-34.
6. Howes OD, Kapur S. *Schizophr Bull* 2009;35:549-62.
7. Howes OD, Williams M, Ibrahim K et al. *Brain* 2013;136:3242-51.
8. Egerton A, Chaddock CA, Winton-Brown TT et al. *Biol Psychiatry* 2013;74:106-12.
9. Howes O, Bose S, Turkheimer F et al. *Mol Psychiatry* 2011;16: 885-8.
10. Jaspers K. *General psychopathology*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1997.
11. Garety PA, Kuipers E, Fowler D et al. *Psychol Med* 2001;31:189-95.
12. Peters E, Ward T, Jackson Met al. *World Psychiatry* 2016;15:41-52.
13. Murray GK, Corlett PR, Clark L et al. *Mol Psychiatry* 2008;13: 267-76.
14. Roiser JP, Stephan KE, den Ouden HEM et al. *Psychol Med* 2009;39:199-209.
15. Hägele C, Schlagenhauf F, Rapp M et al. *Psychopharmacology* 2015;232:331-41.

DOI:10.1002/wps.20276

La naturaleza de los trastornos psiquiátricos

KENNETH S. KENDLER

Virginia Institute of Psychiatric and Behavioral Genetics, and Departments of Psychiatry, and Human and Molecular Genetics, Medical College of Virginia/Virginia Commonwealth University, Richmond, VA, USA

Una pregunta fundamental para la disciplina de la psiquiatría es la naturaleza de los trastornos psiquiátricos. ¿Qué clases de fenómenos son? En este artículo, analizo y critico tres teorías relevantes principales: realismo, pragmatismo y constructivismo. El realismo presupone que el contenido de la ciencia es real e independiente de las actividades humanas. Yo distingo dos "sabores" de realismo: el basado en la química del cual el ejemplo paradigmático son los elementos de la tabla periódica, y el basado en la biología, del cual el paradigma es la especie. Este último se adapta mucho mejor a la psiquiatría. El pragmatismo describe un enfoque sensible en los trastornos psiquiátricos que sólo busca categorías que funcionan bien en el mundo. Sin embargo, no tiene ningún postulado sobre la realidad de estos trastornos. Esto es problemático, pues tenemos el deber de defender nuestra profesión y a nuestros pacientes en contra de otros médicos que nunca dudan de la realidad de los trastornos que tratan. El constructivismo se ha relacionado con activistas anti-psiquiatría, pero debemos admitir que las fuerzas sociales desempeñan un rol en la creación de nuestros diagnósticos, lo mismo que en muchas ciencias. Sin embargo, los trastornos psiquiátricos socialmente construidos son infrecuentes. Luego, analizo argumentos poderosos en contra de una teoría realista de los trastornos psiquiátricos. Dado que se han propuesto tantos diagnósticos psiquiátricos previos y luego se han abandonado, ¿podemos realmente afirmar que nuestra nosología actual es correcta? Gran parte de nuestra nosología actual surgió de una serie de personajes y sucesos históricos que podrían haber tomado un derrotero diferente. Si volvemos a correr la cinta de la historia una y otra vez, es probable que el DSM y la ICD no habrían tenido las mismas categorías en cada repetición. Por consiguiente, debiéramos argumentar con más confianza por la realidad de los constructos más amplios y las enfermedades psiquiátricas, más que por nuestras categorías diagnósticas actuales, las cuales siguen siendo tentativas. Por último, en vez de pensar que nuestros trastornos son reales por cuanto corresponden a entidades claras en el mundo, debiéramos considerar una teoría de coherencia de la verdad según la cual, nuestros trastornos se vuelven más verdaderos cuando se adaptan mejor a lo demás que sabemos del mundo. En nuestro proyecto en curso para estudiar y justificar la naturaleza de los trastornos psiquiátricos, debemos ser ampliamente pragmáticos, pero no perder de vista un compromiso fundamental, pese a las dificultades inherentes a la realidad de las enfermedades psiquiátricas.

Palabras clave: Trastornos psiquiátricos, realismo, pragmatismo, constructivismo, agrupamientos de propiedad homeostática, DSM-5, ICD-10.

(World Psychiatry 2016;14:5-12)

Una pregunta fundamental para la disciplina de la psiquiatría es la naturaleza de lo que tratamos y estudiamos: los trastornos psiquiátricos. ¿Qué clases de fenómenos son? Esta pregunta puede abordarse de manera fructífera desde varias perspectivas. Por ejemplo, podríamos preguntar sobre su etiología y contribuir al viejo argumento de si se comprenden mejor desde una perspectiva psicológica en vez de biológica. Podríamos explorar su desarrollo histórico y la diferenciación de los trastornos psiquiátricos y los neurológicos. Sin embargo, no adoptaré tales enfoques aquí. Más bien, mis preguntas son más de índole filosófica (o, para ser más preciso, metafísica).

Analizaré y criticaré tres teorías principales sobre la naturaleza de los trastornos psiquiátricos: realismo, pragmatismo y constructivismo. Esta no es una lista exhaustiva de las teorías aplicadas a esta interrogante. Sin embargo, en conjunto abarcan la mayor parte de los problemas principales. En ocasiones adoptaré una voz descriptiva, tratando de describir y contextualizar estas tres posturas. Sin embargo, también a veces seré más autobiográfico y proscriptor, explorando cómo he considerado estas teorías durante mi carrera y también cómo las veo ahora.

Planteo que estas tres teorías de los trastornos psiquiátricos pueden ubicarse en una sola dimensión, mejor concebida como una escala de "realidad" (que podría definirse, en términos filosóficos, como "existencia en un espacio independiente de la mente". Complicaré esta tipología con cuatro refinamientos adicionales, a fin de tratar de hallar un enfoque óptimo para comprender la naturaleza de los trastornos psiquiátricos. No pretendo proporcionar una resolución definitiva a esta pregunta muy difícil, sino más bien espero ilustrar la gama de problemas pertinentes.

REALISMO

El realismo es una postura importante en la filosofía de la ciencia que asume que el contenido de la ciencia es real de una manera que es independiente de las concepciones y actividades humanas. Es la postura de sentido común aceptada por la mayoría de los científicos biomédicos activos, quienes, si se les pregunta sobre la naturaleza del tema de sus estudios (sean los genes, la cascada de la coagulación o los tipos de enfermedades autoinmunitarias), responderían: "Desde luego, los fenómenos con los que trabajo son reales. ¡Qué pregunta tan tonta!". Esta fue una postura que yo habría aprobado completamente cuando era residente y profesor asistente joven que trabajaba en las teorías biológicas de la esquizofrenia. "Desde luego, la esquizofrenia es un fenómeno real".

Quiero distinguir entre dos sabores de esta postura realista. El primero está basado en la ciencia rigurosa de la química y el segundo en la biología. Para la primera, el constructo científico paradigmático o "clase" son los elementos de la tabla periódica como el carbono, el nitrógeno y el oxígeno. Son maravillosos en la claridad de su "independencia de la mente". Podemos tener la confianza en cualquier momento y lugar en nuestro universo, si se desarrolla una civilización de seres sensibles a un grado suficientemente avanzado, que descubran algo estructuralmente isomorfo a nuestra tabla periódica. Es decir, nuestra tabla periódica y los elementos de ella son una verdad profunda sobre nuestro mundo completamente independiente de los seres humanos. Todos podríamos desaparecer mañana y su realidad no se vería perturbada.

Los elementos de la tabla periódica ilustran otro rasgo importante de las clases realistas: pueden poseer una esencia.

Los elementos de la tabla periódica tienen esencias. Esto es, una vez que se conoce el número atómico (no como alguien inicialmente pensó, el peso atómico), se puede pronosticar la mayor parte de lo que se necesita saber sobre un elemento: su punto de fusión, su densidad, su capacidad para combinarse con otros elementos, etcétera. Una metáfora útil para una esencia es un "nivel" de conocimiento científico que se puede captar, sabiendo que nos dice la mayor parte de lo que queremos saber sobre un objeto específico de estudio. Para los elementos atómicos, ese nivel es el número atómico.

En el caso del segundo sabor del realismo, la clase paradigmática es la especie biológica. Las especies difieren de los elementos en cuatro aspectos importantes. En primer lugar, tienen límites vagos. Las características de una especie suelen variar a la larga y en sus límites, la línea divisoria entre las especies hermanas puede volverse indistinta. Los límites entre los elementos, en cambio, son definidos. En segundo lugar, la existencia de una especie es mucho más condicional que la de un elemento. Las especies que conocemos sólo existen en nuestra biósfera y están temporalmente limitadas, existiendo únicamente entre su emergencia y extinción. Un elemento como el hidrógeno es universal y prácticamente eterno. En tercer lugar, a diferencia de los elementos, las especies no tienen esencia. No hay algo que defina a una especie que la convierta en una morsa, un petirrojo o una mosca. En cuarto lugar, no todos los miembros de una especie son idénticos entre sí, como son los átomos de cualquier elemento.

Claramente, el sabor biológico del realismo es más adecuado para los trastornos psiquiátricos que el realismo de sabor a química. Los trastornos psiquiátricos son mucho más parecidos a las especies que los elementos. Sin embargo, ambos sabores del realismo comparten un rasgo decisivo: postulan que existen clases científicas independientes de nuestros esfuerzos para estudiarlas. Esto es, podríamos "descubrir" un nuevo trastorno psiquiátrico en la misma forma en que hasta ahora se descubre una especie de ave hasta el momento no observada en la selva. No "creamos" nuestros trastornos; más bien los descubrimos en la naturaleza.

PRAGMATISMO

Un resumen de sentido común del pragmatismo en psiquiatría sería el siguiente:

Como científico o profesional clínico activo, sólo quiero prever y controlar las características del mundo. Quiero un diagnóstico psiquiátrico que me diga qué tratamiento utilizar, que sea bueno para pronosticar la evolución de la enfermedad y que se correlacione bien con biomarcadores importantes. ¡Qué demonios me preocupa la metafísica y las frases filosóficas vagas como "realidad independiente de la mente"!

El pragmatismo huye de la conjetura metafísica y es un primo cercano de un punto de vista en filosofía de la ciencia llamado instrumentalismo, que ve los conceptos clave en la ciencia como "instrumentos" o herramientas con las cuales comprender el mundo. Un término de sentido común, el instrumentalismo, busca las categorías científicas según funcionan o no, no lo que tienen de realidad o no.

El pragmatismo es una postura coherente, sensible, moderada, que ha sido bien explicada por Zachar.¹⁻³ Como se acla-

rá más adelante, sigo luchando por encontrar un espacio cómodo para los trastornos psiquiátricos en alguna parte entre el realismo y el pragmatismo. Sin embargo, por ahora quiero enfocarme en una limitación importante. El pragmatismo, en su forma clásica, no es ambicioso y es renuente a hacer afirmaciones sobre la realidad subyacente de los trastornos psiquiátricos. Esto para mí es problemático.

Para explicar por qué, tengo que admitir dos problemas con el enfoque pragmático en los trastornos psiquiátricos que no son de naturaleza del todo filosófica. En primer lugar, he invertido muchos años de mi vida atendiendo a enfermos psiquiátricos y hablando con sus familias. La adopción de un enfoque "pragmático" en las enfermedades psiquiátricas (y en todo el tremendo dolor que producen a los pacientes y sus familiares), hasta ahora se percibe como irrespetuoso, como si no estuviese reconociendo plenamente la realidad de su enfermedad. Esta postura, en su esencia, es una postura ética. En el curso de la historia, muchas culturas han hecho un mal papel al ver adecuadamente al otro en quienes tienen enfermedades psiquiátricas. Ha sido demasiado fácil negar su humanidad, decir que no están realmente enfermos. Sigo sintiendo la obligación de contrarrestar esta postura y aducir la realidad de las enfermedades mentales.

En segundo lugar, estoy profundamente comprometido con el estado de la psiquiatría como una disciplina biomédica legítima que merece respeto, y más financiación para nuestras actividades clínicas y académicas. Los cirujanos no invierten tiempo o energía preocupándose por la realidad de los cálculos de la vesícula, los apéndices infectados o los hematomas subdurales. ¿Adoptar un enfoque pragmático en las enfermedades psiquiátricas nos ayuda a nuestros debates con respecto al respeto y los recursos con otros colegas médicos y quirúrgicos, algunos de los cuales no están dispuestos a ver cualquier cosa de la psiquiatría como "real"? En mi perspectiva científica, la mente es parte del cuerpo y sus trastornos también son igual de reales. Sería incongruente, o admitir una derrota, considerar los trastornos psiquiátricos como entidades con diferente categoría que los trastornos psíquico-médicos característicos. Como defensores de nuestro campo y de nuestros pacientes hacia el público, defender la realidad de las enfermedades psiquiátricas es importante.

CONSTRUCTIVISMO

Para la mayoría de los investigadores y profesionales clínicos activos de la psiquiatría, los postulados de la naturaleza constructivista de los trastornos psiquiátricos son "palabras de batalla", pues esta perspectiva, mejor explicada en los escritos anti-psiquiatría de T. Szasz⁴, se relaciona con tentativas de deslegitimar nuestro campo. Para considerar el constructivismo de manera objetiva, necesitamos retroceder y apartarnos de esta reacción emocional y defensiva inicial.

¿Qué son las cosas socialmente construidas? Son las clases de ideas y cosas que los seres humanos hacen como euros, pasaportes, vínculos estrechos y música hip-hop. Decir que algo está socialmente construido no significa decir que no es "real" en un sentido práctico. Es decir, tener euros en mi cartera me permite adquirir cosas y tener un pasaporte estadounidense me permite viajar a Noruega. No obstante, decir que algo está socialmente construido es decir que no existiría sin las actividades y las convenciones sociales de los seres humanos.

Antes que abordemos la cuestión difícil de si los trastornos psiquiátricos podrían construirse socialmente, me permito hacer

una afirmación más débil y, cabe esperar, menos controvertible sobre el rol de los procesos sociales en la formación de los trastornos psiquiátricos. Considérese la historia del trastorno por estrés postraumático (PTSD) en el DSM-III⁵. Las reacciones traumáticas a la barbarie de la guerra por mucho tiempo se han reconocido. Sin embargo, la decisión para añadir el PTSD al DSM-III surgió de un contexto histórico complejo que implicó a los Veteranos de Vietnam contra la guerra y psiquiatras estadounidenses destacados involucrados políticamente que consideraban que los veteranos que sufrían no estaban siendo reconocidos o tratados adecuadamente por el país al que servían. El registro histórico señala que la decisión para incluir el PTSD, con sus criterios específicos, estuvo sustancialmente influido por el entorno social y político de Estados Unidos a finales de la década de 1970 en relación con la Guerra de Vietnam.

Considérese un ejemplo más reciente. Zachar y yo hemos reconsiderado la historia de los debates intensos desde el DSM-III-R hasta el DSM-5 en torno a la inclusión del trastorno afectivo relacionado con la menstruación⁶. Después de un debate forzado y a menudo público, los comités del DSM relevantes para el DSM-III-R y DSM-IV decidieron excluir tal diagnóstico del manual principal, incluyéndolo más bien en un apéndice. En el DSM-5, en cambio, con poca fanfarria, se incluyó en el documento principal. Después de entrevistar a la mayoría de los principales contribuyentes a este debate, llegamos a la conclusión de que la evidencia científica acumulada a favor de la validez de lo que se ha convertido en el trastorno disfórico premenstrual (PMDD) desempeñó algún papel, pero por lo menos igual de importantes fueron dos factores "sociales" externos. Primeramente, en el 2000, la Food and Drug Administration en Estados Unidos aprobó el antidepresivo popular fluoxetina con un nuevo nombre de patente para el tratamiento del PMDD. Esto resultó ser una validación externa muy importante de la entidad diagnóstica. En segundo lugar, para parafrasear a uno de nuestros entrevistados:

El feminismo había cambiado. La nueva generación de feministas no se sentía tan amenazada con este diagnóstico. Las revistas de mujeres tradicionales contenían historias sobre el PMDD. Si no funcionaba la dieta y la relajación, estaba bien visitar a su médico y pedirle tratamiento.

Podría multiplicar ejemplos. Mis experiencias en el curso de muchos años y centenares de horas de deliberaciones en torno al DSM (desde el DSM-III-R hasta el DSM-5) me han desengañado de la noción de que podemos revisar nuestra nosología en un proceso "puramente" científico. Si bien no soy antipsiquiatra, aducir que los factores sociales no repercuten de una manera sustancial en nuestra nosología no es una postura sostenible críticamente, no estoy diciendo que las fuerzas sociales crearon el PTSD o el PMDD. Más bien, afirmo que las fuerzas sociales influyeron en el debate sobre el reconocimiento de estos trastornos en nuestra nosología oficial.

Antes que nos sintamos muy avergonzados sobre esto, sería saludable señalar que las ciencias "más duras" no están desprovistas de tales influencias. Hull⁷ documenta los debates prolongados, enconados y tan politizados entre escuelas competitivas con respecto al enfoque óptimo en la taxonomía biológica. En tiempos más recientes, se desplegó un drama en torno a la lucha sobre la definición de un planeta en la Unión Internacional Astronómica. Este debate, que concluyó con la degradación de Plutón a un "planeta enano", extrañamente se parece a determinados debates nosológicos modernos en psiquiatría⁸.

Volvamos a la pregunta más difícil de la verdadera "construcción social" para los trastornos psiquiátricos. Considérese la epidemia en Estados Unidos en la década de 1990 del trastorno de la personalidad múltiple (MPD), que a menudo se acompañaba de memorias reprimidas de abuso sexual ritual anómalo⁹. Si bien no puedo posiblemente hacer justicia a esta historia compleja aquí, hay buenos motivos para pensar que una proporción de estos individuos tenía trastornos yatrógenos —los que en realidad fueron "construidos" por las expectativas de sus terapeutas—^{9,10}. No quiero implicar que tales individuos en algunas formas no tuvieran "trastornos" cuando buscaron tratamiento. Más bien, aduzco que en la mayoría, si no es que en todos estos casos, el síndrome específico de MPD y las memorias "recuperadas" asociadas fueron construidos por las interacciones entre paciente y terapeuta. Se ha dicho una historia similar sobre la gran histeria conceptualizada bajo la atención de Charcot en París a finales del Siglo XIX¹¹. Para complacer al profesor, sus pacientes se convertían en actrices que mostraban la secuencia esperada de síntomas y signos ante su auditorio público.

Los trastornos psiquiátricos de construcción social han existido en nuestra historia. Sin embargo, aduciría que son infrecuentes tales situaciones, en las cuales los procesos sociales que crearon el trastorno no registraron alguna verdad sobre el mundo. En cambio, los trastornos con influencia social son comunes, lo mismo que nuestros procesos nosológicos suelen implicar elementos sociales y culturales importantes. Ni siquiera queremos que nuestros trastornos sean ficciones teóricas como por lo menos en la mayoría de los casos del MPD. En el caso de trastornos como el PTSD y el PMDD, que hemos aprendido a ver en un momento de nuestra historia, debiéramos asegurarnos sistemáticamente de que estaban "allí" antes que aprendiésemos a verlos y a incluirlos en nuestra nosología.

DOS ARGUMENTOS EN CONTRA DEL REALISMO DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Hemos completado un análisis breve de nuestras tres posturas adicionales sobre la naturaleza metafísica de los diagnósticos psiquiátricos: realismo, pragmatismo y constructivismo. Ahora quiero complicar más el cuadro. A primera vista, el realismo es muy atractivo. El orgullo en nuestra especialidad debiera hacernos declarar que nuestros trastornos son reales. Experimentamos el sufrimiento que produce a nuestros pacientes y a sus familias. ¿Qué podría ser mejor prueba de su realidad?

Sin embargo, quiero contrarrestar este entusiasmo analizando dos argumentos sólidos en contra del realismo como un modelo plausible para los trastornos psiquiátricos: inducción pesimista y contingencia histórica.

Inducción pesimista

El filósofo Kuhn describió la esencia del argumento de inducción pesimista de la manera siguiente: "Todas las creencias pasadas sobre la naturaleza tarde o temprano han resultado ser falsas"¹². Para ser más específicos, todas las teorías científicas postulan la existencia de entidades. De una manera congruente, en el curso de la historia de la ciencia, a medida que las teorías antiguas han sido remplazadas por más nuevas, las entidades de las teorías más antiguas, por mucho tiempo consideradas como reales, a menudo se descartan y se juzga que no existen siquiera. Ya no enseñamos sobre el éter en física, el flo-

gisto en química o la teoría humoral en medicina o psiquiatría. Asentados en el presente, analizamos en retrospectiva las teorías previas, ahora falsas, y llegamos a la conclusión de que las entidades referidas por estas teorías de hecho no existen y, por tanto, en ningún sentido son reales.

Si el argumento de inducción pesimista es verdad —que las teorías científicas pasadas típicamente han sido desaprobadas y se ha demostrado que sus componentes clave no existen— el sentido común parece indicar que también lo mismo ocurrirá en el futuro. Esto es, analizando en retrospectiva a partir del futuro, ¿los constructos científicos que ahora consideramos como reales no serán probablemente remplazados y considerados como falsos?

Se podría construir un contra-argumento contra esta postura. Diría algo parecido a esto:

Todos los científicos previos se confundían en torno al valor de su teoría. Sin embargo, finalmente hemos hecho bien las cosas. Las entidades referidas por nuestras mejores teorías actuales son reales. La verdad ahora está en nuestras manos.

Sin embargo, este contra-argumento es implausible y jactancioso.

El argumento de la inducción pesimista es relevante para nuestros modelos realistas de las enfermedades psiquiátricas porque tenemos, en la historia de la psiquiatría, muchas categorías diagnósticas que en un tiempo se utilizaron y se aceptaron y que ahora han sido abandonadas. Con escasas dificultades, cualquiera que conozca la historia de la psiquiatría podría crear muchas de estas categorías. Desde Esquirol¹³, podríamos encontrar lipemania, demonomanía y monomanía. De Wernicke, podríamos notar somatopsicosis y psicosis por ansiedad¹⁴. En las últimas etapas de su vida, Kraepelin propuso una categoría de parafrenia que fue utilizada por sus estudiantes por algunas décadas y luego abandonada¹⁵. En su agradable libro sobre trastornos de la personalidad¹⁶, Schneider tiene varias categorías, tales como "psicópata fanático", las cuales ya no se utilizan. En el Siglo XX, Leonhard —un seguidor de Wernicke— propuso una nueva clasificación para las psicosis endógenas utilizada por una serie de sus seguidores que incluyeron títulos de ornato como "catatonia paracínética", "parafrenia fonémica" y "hebefrenia insípida"¹⁷. La histeria fue una categoría psiquiátrica importante durante muchas décadas del Siglo XIX y a principios del Siglo XX, la cual ahora se ha abandonado. Podría continuar dando ejemplos.

Aquí está lo importante. Dadas las docenas de sistemas diagnósticos psiquiátricos que han surgido y han desaparecido en el curso de la historia de nuestra disciplina, ¿podemos realmente aducir que con el DSM-5 o la ICD-10 finalmente estamos en lo correcto y que la verdad ahora está en nuestras manos? Al igual que el contra-argumento antes señalado en contra de la inducción pesimista, esto suena implausible. Si la historia sirve de alguna guía, ¿no es muy probable que nuestras categorías de DSM e ICD en el futuro, finalmente serán vistas como falsas (o muy diplomáticamente como "no óptimas")? Si tal es el caso, ¿qué hace esto con nuestras afirmaciones actuales sobre el realismo de los trastornos psiquiátricos? En realidad, tales problemas son muy actuales. Durante el desarrollo del DSM-5, una propuesta importante que finalmente no fue aceptada, recomendaba la eliminación de cinco de los diez trastornos de la personalidad del DSM-IV y otra, finalmente aceptada, eliminó los subtipos clásicos de esquizofrenia.

Contingencia histórica

Puedo dar dos argumentos diferentes para la naturaleza históricamente contingente de nuestras categorías psiquiátricas actuales. La primera es un experimento de pensamiento. Imagínese atrasar el reloj diez mil años y permitir que la civilización humana desarrolle de nuevo la agricultura, la escritura, la ciencia, la medicina y, finalmente, algo parecido a la psiquiatría. Entonces esperamos hasta que esta disciplina similar a la psiquiatría decide redactar un manual diagnóstico y obtenemos una copia de este manual. Luego repetimos este experimento cien veces y clasificamos las categorías resultantes en nuestro DSM-5 e ICD-10 actual. ¿Qué encontraremos? Mi intuición (y la de los muchos con quien he compartido este experimento de pensamiento) es que una proporción sustancial de nuestras categorías actuales no estarán representadas de manera fiable en estos manuales. A diferencia de los elementos de la tabla periódica, nuestro menú actual de trastornos psiquiátricos probablemente no se redescubriría de manera uniforme.

El segundo argumento es que nuestro sistema diagnóstico actual depende en alto grado de algunos sucesos históricos específicos. ¿Qué habría ocurrido si Kraepelin hubiese permanecido en el laboratorio de Wundt, como hubiera querido, y nunca hubiese continuado su carrera psiquiátrica? ¿Qué habría pasado si Wernicke, el competidor genuino de Kraepelin por la relevancia de la psiquiatría alemana de principios del Siglo XX, no hubiese fallecido por un accidente en bicicleta a los 52 años de edad en 1905? ¿Qué habría pasado si a Sitzer le hubiese gustado el psicoanálisis y nunca se hubiera involucrado en la nosología psiquiátrica? Plausiblemente se puede aducir que, si cualquiera de estos sucesos hubiese ocurrido, el DSM-5 o la ICD-10 habrían sido significativamente diferentes de lo que son en la actualidad.

Estos dos argumentos están interrelacionados. Si hay muchos pasos entre las manifestaciones evidentes de las enfermedades psiquiátricas por un lado y la creación de una nosología psiquiátrica oficial por otro, y algunos de estos pasos implicaron contingencias históricas, entonces esperaríamos que volver a activar la "cinta del tiempo" una y otra vez nos produciría las mismas categorías en la DSM o en la ICD.

CUATRO POSIBLES MODIFICACIONES DE LA POSTURA REALISTA PARA LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

En esta sección, exploro cuatro formas en las cuales puede modificarse y volverse más creíble la postura del realismo con respecto a los trastornos psiquiátricos.

Agrupamientos de propiedad homeostática

Quiero expandir nuestra previa descripción en torno a la preferencia por los modelos biológicos en comparación con los químicos del realismo en la psiquiatría, considerando el concepto de un "agrupamiento de propiedad homeostática", como originalmente lo propuso el filósofo R. Boyd¹⁸⁻²⁰. Considérese lo que constituye una especie biológica estable, desde el ecosistema hasta la fisiología, de procesos igualados a la relación depredador-presa, de las adaptaciones alimentarias a la secuencia del DNA. Como se señaló antes, las propiedades de una especie no se originan de una esencia simple como las propiedades del carbono pueden derivarse de su número de protones.

Más bien, la naturaleza de un león o estornino, surge de un conglomerado de propiedades que se interrelacionan entre sí de una manera estable en el curso del tiempo. Aunque hemos buscado la clave de la humanidad al comparar los genomas de seres humanos con los de chimpancés y gorilas, está claro que existen centenares de diferencias genéticas significativas entre nosotros y nuestro pariente primate más cercano, ninguna de las cuales la definen^{21,22}.

En nuestros puntos de vista sobre los trastornos psiquiátricos, todavía por lo general utilizamos pensamiento esencialista. Pensemos en cómo enseñamos a los residentes sobre los criterios diagnósticos para la depresión mayor. Lo que solemos decir es: "Existe esta entidad que llamamos depresión mayor. Se puede diagnosticar utilizando esta serie específica de síntomas y signos que son manifestaciones del estado subyacente de depresión". ¿Es ésta una forma óptima de pensar en torno a la naturaleza subyacente de los trastornos psiquiátricos? ¿En qué parte del sistema mente-cerebro podrían estos "factores esenciales" existir? ¿Existe un centro de depresión mente-cerebro con un interruptor de activación e inactivación en el mismo? ¿No es más factible que nuestros síndromes psiquiátricos surjan de redes interconectadas que se pueden comprender con provecho a nivel de la mente (por ejemplo, los síntomas de culpa que conducen a ideas de suicidio) o a nivel del cerebro (por ejemplo, alteración de los sistemas de recompensa que producen anhedonia que luego repercuten en los sistemas apetitivos que producen disminución del apetito)? Los trastornos psiquiátricos pueden entonces comprenderse como síndromes emergentes originados en alteraciones en las redes basadas en la mente y el cerebro, más que en "cosas/esencias" concretas que existen en algún lugar indefinible en la mente o el cerebro.

Los agrupamientos de propiedades homeostáticas pueden permitirnos "reblandecer" la demanda insostenible por "esencias" verdaderas en modelos realistas de los trastornos psiquiátricos. Nos brindan una clase rastreable de patrón "emergente". Lo que hace que cada trastorno psiquiátrico sea único son las series de interacciones causales entre una red de síntomas, signos y fisiopatología subyacente a través de los sistemas de la mente y el cerebro.

Los agrupamientos de propiedades homeostáticas también tienen implicaciones en la forma en que debiéramos comprender la interrelación entre los síntomas y los signos de los trastornos psiquiátricos. Como lo recomiendan Borsboom y colaboradores en una serie de artículos influyentes,²³⁻²⁶ puede ser más sensible presuponer relaciones causales directas entre sí (el insomnio produce dificultades en la atención, la culpa produce ideación suicida), que presuponer que cada síntoma es sólo el reflejo de alguna esencia de la enfermedad, en este caso la depresión. Aunque está más allá de mi función, resulta claro que este enfoque ha producido nuevos esclarecimientos sobre la naturaleza de los trastornos psiquiátricos.

Una perspectiva más limitada del realismo para los trastornos psiquiátricos

También podemos adoptar un enfoque más filosófico para tratar de desarrollar un mejor modelo basado en el realismo para los trastornos psiquiátricos. Mi enfoque retorna a los fundamentos: la naturaleza de la verdad. La filosofía tiene dos teorías destacadas de lo que significa ser verdad: una teoría de correspondencia y una teoría de coherencia. La teoría de la correspondencia es lo que la mayoría de nosotros pensamos

ingenuamente cuando decimos que algo es verdad. La declaración "ahora está lloviendo afuera" es verdad, si efectivamente está lloviendo afuera. De manera que la declaración "se corresponde" con algo que ocurre en el mundo y que fácilmente podemos verificar, en este caso, al mirar fuera de la ventana.

Esta parece ser un criterio riguroso. Si bien es fácil saber si está lloviendo, ¿cómo se aplicaría este enfoque a la declaración "la esquizofrenia definida en el DSM-5 es una enfermedad válida"? ¿Qué correspondería a esta afirmación? ¿Sería suficiente demostrar cambios en una imagen de resonancia magnética, factores de riesgo genéticos o una respuesta a la medicación?

¿Y qué hay si quisiéramos ser menos exigentes con nosotros mismos en llamar a algo verdad? Un enfoque más humilde puede encontrarse en la teoría de la coherencia de la verdad. Esta teoría toma en cuenta algo que es "verdad" cuando se adapta bien a las otras cosas que conocemos de manera fiable en torno al mundo. Esto se expresa bien en la siguiente metáfora:

Considérese una mesa con un rompecabezas sobre la misma todo ensamblado pero en la cual falta una pieza. Piense en la satisfacción que sentirá cuando encuentre esa pieza y la adapte muy bien en el espacio faltante con un "chasquido" agradable.

Este "chasquido" refleja la teoría de la coherencia de la verdad. Así que ¿qué es lo que queremos decir, utilizando este enfoque, para decir que un diagnóstico es verdad (o real)? Podríamos decir que está "muy bien" conectado con las otras piezas, que está "muy bien" integrado en nuestra base de datos científicos acumulada. En otras palabras, un diagnóstico es real en el grado en que "tiene coherencia" satisfactoria con lo que ya conocemos empíricamente y sobre lo cual nos sentimos seguros.

Otra forma de aplicar esta teoría a la psiquiatría es considerar la pregunta: "¿Qué damos a entender cuando queremos decir que un concepto diagnóstico (por ejemplo, nuestro concepto moderno de esquizofrenia) es más real que otro (por ejemplo, el concepto delirio de principios del Siglo XIX)?" Utilizando una teoría de la coherencia de la verdad, la respuesta es simple. Ser más real significa estar conectado con más cosas ya existentes que conocemos.

La teoría de la coherencia sobre la verdad tiene una utilidad más importante que ofrecernos. Las otras piezas en nuestra metáfora del rompecabezas para la teoría de la coherencia, son lo que hemos llamado criterios de validación desde los días de Robins y Guze²⁷. Los mejores diagnósticos que tenemos son los que están muy conectados con otras cosas que conocemos; es decir, están "bien validados".

Para los individuos asignados a esta clase diagnóstica, seguimos las piezas conectoras y vemos todas las demás cosas que aprendemos sobre ellas -factores de riesgo genético, susceptibilidades prepatológicas, hallazgos en los estudios por imagen, neuroquímica, evolución, pronóstico, tratamiento, etcétera. A medida que un trastorno se vuelve más válido, se conecta más con nuestra base de conocimientos y, desde una perspectiva de la coherencia, resulta más real.

Por consiguiente, la teoría de la coherencia proporciona un modelo para lo que podría significar elaborar nuestros constructos en referencia a algo "más" real. Necesitaríamos que, para cada repetición de nuestro manual diagnóstico, se hicieran cambios en nuestras categorías diagnósticas sólo cuando die-

sen por resultado que el diagnóstico se volviese "más" real, lo cual, según la teoría de la coherencia significa más entrelazado en el tejido de nuestros hallazgos científicos.

No quiero subestimar la importancia potencial de adoptar una teoría de la coherencia para las enfermedades psiquiátricas, pues se desvía en algunos sentidos importantes de nuestras ideas habituales en torno a la verdad. De hecho, desplaza nuestras ideas sobre la "verdad" en una dirección distintivamente pragmática. Ahora mismo podemos hacer un mejor trabajo de aplicar esa perspectiva de la verdad más modesta y práctica a las enfermedades psiquiátricas de lo que podemos hacer con la teoría de la correspondencia más ambiciosa.

Tipos de trastornos psiquiátricos frente a símbolos

Nuestro análisis hasta ahora ha tenido una deficiencia llamativa. Al comentar la cuestión de "qué clase de fenómeno es un trastorno psiquiátrico", hemos abordado los trastornos psiquiátricos como si formasen una entidad homogénea. Esto presupone que el autismo, la esquizofrenia, la dependencia a la nicotina, el trastorno por personalidad narcisista, el trastorno por pesadillas y el trastorno facticio, son la misma clase de fenómeno. ¿Es ésta una suposición plausible?

La filosofía tiene una diferenciación que puede ayudarnos aquí: entre los tipos y los subtipos. Los subtipos son manifestaciones específicas de una clase general más amplia, en tanto que los tipos son la clase general, que puede tener varios niveles. Así que tendríamos un tipo general de "automóviles", los tipos individuales Ford, GM, Volvo y BMW, y luego los subtipos específicos serían los automóviles individuales en sí: mi camioneta Volvo traqueteada que tuve a los 16 años.

Para analizar esto en términos psiquiátricos, podríamos decir que los trastornos psiquiátricos serían el tipo general, los tipos individuales serían "trastornos afectivos" y "trastornos psicóticos", y los subtipos específicos serían los trastornos individuales: esquizofrenia, trastorno por pánico y juego patológico.

Quiero aducir que debiéramos estar más comprometidos con la realidad de los tipos psiquiátricos que con los subtipos psiquiátricos. Pienso en el argumento de la contingencia histórica. La probabilidad de que nuestra categoría diagnóstica actual del trastorno por personalidad histriónica se muestre cada vez que activamos de nuevo la cinta del tiempo una y otra vez, me parece que es baja. Si tuviese que defender el realismo de las enfermedades psiquiátricas, no optaría por hacer del trastorno de personalidad histriónica mi cause celebre. ¿Qué hay de la estabilidad en torno a las múltiples "replicaciones" del concepto amplio de trastorno de la personalidad en la historia humana? Esto me parece una mucha mejor apuesta.

Considérese el argumento de inducción pesimista. Este es el argumento que, puesto que las cosas que hemos considerado como verdad en el pasado han demostrado ser falsas, lo mismo podría ocurrir con las cosas que aceptamos como verdad y que son válidas hoy día. Sin embargo, si bien las categorías diagnósticas específicas surgen y desaparecen con el tiempo, ¿es más probable que determinados constructos amplios -como los trastornos del neurodesarrollo, los trastornos interiorizantes o los trastornos psicóticos- pasarán la prueba del tiempo?

El extremo lógico de esto sería apostar a nuestra información por la realidad en el tipo posible más amplio: todas las enfermedades psiquiátricas. Este argumento tiene fortalezas importantes. Esta categoría amplia es mucho menos vulnerable a la inducción pesimista o a los argumentos de contingencia

histórica. Los trastornos psiquiátricos específicos pueden surgir y desaparecer, pero los fenómenos que ahora describimos como trastornos psiquiátricos, posiblemente sean parte de la condición humana y existirán y serán descritos de alguna manera por cualquier cultura humana durante un periodo histórico. Sin embargo, este argumento no es una panacea y los riesgos descienden hacia las seductoras "teorías unitarias de las enfermedades psiquiátricas". Con respecto a la repercusión en el sufrimiento humano, en los argumentos sobre la necesidad de atención clínica o la viabilidad de nuestra profesión como una subdisciplina de la medicina, este argumento tiene fuerza. No obstante, en los pasillos de los centros de investigación y casi en todas las clínicas de atención, queremos continuar subdividiendo a nuestros pacientes, aunque sea de manera imperfecta, en nuestras categorías diagnósticas.

Una perspectiva histórica aplicada a los trastornos psiquiátricos

Hasta ahora hemos visto el problema de las clases psiquiátricas desde una perspectiva transversal en gran parte estática. En esta sección quiero explorar brevemente lo que podríamos aprender si adoptásemos una perspectiva histórica. Me basaré aquí en el filósofo de la ciencia, I. Lakatos²⁸. Como lo señaló, los programas de investigación pueden ser progresivos o degenerativos. Yo sugiero que los conceptos diagnósticos en medicina en general, y en psiquiatría sobre todo, también pueden ser progresivos o degenerativos. Definiré "progresivo" para nuestros propósitos como en términos generales, "continuar generando nuevos conocimientos sobre etiología, evolución y tratamiento". Para nuestro análisis aquí, quiero señalar que a medida que los trastornos siguen proporcionándonos nuevos esclarecimientos, se vuelven más "reales". Esto se relaciona directamente con nuestra descripción anterior de la teoría de la coherencia en torno a la verdad.

Tomemos como un ejemplo de una postura diagnóstica muy generativa, la división del síndrome de la diabetes mellitus en formas de tipo 1 o insulino dependiente, y de tipo 2 o resistente a la insulina²⁹. Esta diferenciación diagnóstica ha resultado muy fértil, ya que estas dos formas de diabetes mellitus ahora tienen causas completamente diferentes bien comprendidas, diferentes tratamientos y pronósticos. Los estudios de genética molecular recientes han demostrado las series no superpuestas de genes de riesgo para los dos tipos³⁰. Claramente, este ha sido un programa diagnóstico "progresivo".

No creo que en psiquiatría tengamos alguna historia de "división" diagnóstica satisfactoria que pueda competir con el caso de la diabetes mellitus. Sin embargo, tenemos dos que se acercan.

El concepto de la locura maniaco-depresiva de Kraepelin incluía lo que ahora llamamos depresión mayor y trastorno bipolar. Por una serie de razones, algunos que tienen que ver con los escritos de Leonhard¹⁷, el trastorno bipolar se separó de la depresión mayor a mediados del Siglo XX. Sabemos ahora que esto también ha sido una división diagnóstica "progresiva", que ha conducido a diferencias claras en el tratamiento y la etiología, incluidos los hallazgos genéticos moleculares.

Nuestro otro caso de éxito podría ser separar la amplia categoría de neurosis por ansiedad, en trastorno por pánico y trastorno por ansiedad generalizada (GAD). Esto fue un resultado directo de estudios realizados por D. Klein³¹ utilizando un método que llamó "disección farmacológica". Lo que diferenciaba a los pacientes con trastorno por pánico de los que tenían

otras formas de ansiedad era una respuesta rápida a la imipramina en dosis relativamente baja. Ahora sabemos que el trastorno por pánico y el GAD difieren significativamente en su etiología y, en cierto grado, en su tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.

De manera que esta línea de pensamiento tentativa señalaría otra forma de pensar en cómo nuestros trastornos se vuelven más "reales". En una extensión histórica de la teoría de la coherencia de la verdad, estos trastornos se vuelven reales si con el tiempo "siguen dando", proporcionándonos esclarecimientos nuevos continuamente sobre la etiología y el tratamiento.

CONCLUSIONES

En esta sección final, quiero describir la evolución en mi propio pensamiento en torno a la clase de cosas que son los trastornos psiquiátricos. Como lo señalé antes, en mis años iniciales, como un joven psiquiatra biológico ávido en el camino de verificar la hipótesis de la dopamina sobre la esquizofrenia, habría sido un realista no reflexivo de hueso colorado. Nunca se me habría ocurrido que la esquizofrenia no fuese una cosa real, y tan real como los elementos de la tabla periódica.

Ya no creo más en eso. He leído demasiada historia psiquiátrica. Me he sentado en demasiadas reuniones sobre el DSM. Si bien sigo estando comprometido por razones científicas y personales con la realidad de los trastornos psiquiátricos, he luchado por encontrar una forma más aceptable de enmarcar estas creencias. Los modelos de realismo científico basados en la química no funcionan para la psiquiatría. Nuestros trastornos no son reales en la misma forma que el oxígeno y el carbono lo son –no en nuestra era histórica y, probablemente, nunca–. Por naturaleza, son mucho más confusos, lo cual no es sorprendente cuando se compara la complejidad del sistema mente-cerebro humano y los átomos.

El sabor a biología del realismo científico proporciona una adaptación mucho más cómoda para la psiquiatría. Así que, esta es una mejora clara. Sin embargo, entonces tenemos que confrontar esta cuestión sobre las esencias. El debate en torno a si las clases realistas en ciencias debían tener esencias data de hace mucho tiempo. No creo que esto sea factiblemente una postura sostenible para la psiquiatría. Tengo que admitir aquí una influencia autobiográfica. Fue sólo poco después de mis días impetuosos como psiquiatra biológico tratando de encontrar "la" causa neuroquímica de la esquizofrenia, que comencé a descubrir "el" gen para la esquizofrenia al estudiar los extensos árboles genealógicos de gran densidad en Irlanda³². Ambos esfuerzos se vieron impulsados por un punto de vista ingenuo de que la esquizofrenia tenía una esencia simple, un secreto biológico que si se comprendía, explicaría todo lo que quisiéramos o necesitaríamos saber sobre el trastorno. Los estudios de vinculación habían funcionado para la enfermedad de Huntington y para la fibrosis quística. ¿Por qué no para la esquizofrenia? Aun cuando sabía mejor (el patrón de la esquizofrenia en las familias no era algo parecido a lo observado en las enfermedades genéticas mendelianas características), la pasión era encontrar la causa de la esquizofrenia. Si no un neurotransmisor, ¿por qué no un gen? Treinta años más tarde, hemos ahora identificado muy bien más de 100 genes de riesgo para la esquizofrenia³³ y es posible que el número crezca con rapidez. ¡Tanto por las esencias!

Nuestros trastornos probablemente son inherentemente multifactoriales. En este sentido, no son diferentes de los más

importantes de nuestros trastornos médicos comunes no infecciosos, tales como hipertensión, diabetes de tipo 2, arteriopatía coronaria u osteoporosis. Así que ¿si renunciamos a las esencias por ser el fundamento sólido de las clases psiquiátricas, con qué nos quedaríamos? El mejor modelo que he encontrado para esto son las redes de causas y síntomas interactivos como los agrupamientos de propiedad homeostática de Boyd. La estabilidad en nuestros trastornos en el curso del espacio del tiempo es una propiedad emergente del sistema mente-cerebro humano, no resultado de una esencia de la cual se desarrollan todos los síntomas.

La postura pragmática hacia los trastornos psiquiátricos es perfectamente respetable. Bien puede ser defendida y tiene un gran atractivo al sentido común. En última instancia, el ejercicio de la psiquiatría es pragmático. Sin embargo, por una gama de motivos, algunos bien fundamentados y otros probablemente menos, esta postura es lo suficientemente ambiciosa para mí. Sin embargo, claramente estoy dispuesto a utilizar herramientas pragmáticas para llegar a metas realistas.

No debiéramos dejar que nos pongan de espalda contra la pared sosteniendo que los procesos sociales no desempeñan un papel en la construcción de nuestras categorías. Esta no es una postura defendible. No hay vergüenza aquí. Todas las empresas científicas tienen componentes sociales. Señalar que podríamos mantener a la psiquiatría inmune a los procesos sociales no es realista. Sin embargo, podemos defender vigorosamente la diferencia entre los procesos sociales en nuestra ciencia y nosología, y los trastornos de origen social. Es esta última categoría contra la que nos debemos defender asiduamente.

Si tuviese un debate público con un antipsiquiatra, no querría ponerme en la postura de defender la realidad de cada categoría del DSM-5 o la ICD-10. Los argumentos de inducción pesimista y contingencia histórica son demasiado poderosos para que pueda defender con seguridad nuestro sistema actual como "verdadero", ya que muchas de nuestras categorías diagnósticas son modelos de trabajo tentativos que probablemente cambiarán. Tenemos muchos más motivos para defender la realidad de las amplias clases de enfermedades psiquiátricas que las categorías específicas de nuestros manuales diagnósticos actuales.

Uno de los compromisos clave que estoy dispuesto a hacer con el pragmatismo es la adopción de la teoría de la coherencia de la verdad como nuestro modelo de trabajo. Es menos ambiciosa que la teoría de la correspondencia más estándar. No obstante, es una tendencia útil. Si no podemos, si no aceptamos las esencias para nuestros trastornos, ¿cómo exactamente podemos definir su "realidad" en una teoría de correspondencia? La teoría de coherencia sobre la verdad parece adaptarse muy bien en nuestros esfuerzos continuos como ciencia joven. Nuestros trastornos se vuelven más reales y se adaptan mejor y cada vez mejor a nuestro conocimiento empírico emergente de las causas y consecuencias de las enfermedades psiquiátricas. Como lo he argumentado por mucho tiempo, al final, es en la base de nuestros trastornos de nuestra ciencia empírica (a través de criterios de validación) que contamos con la máxima probabilidad de producir categorías duraderas, válidas y "verdaderas".

En vez de pensar en nuestros trastornos como un concepto estático, podríamos desear tomarlas en cuenta en un modelo histórico. Visto desde esta perspectiva, un trastorno verdadero es aquel que con el tiempo se vuelve cada vez más válido, explica fenómenos sobre el mundo y cada vez más se adapta a nuestra perspectiva del mundo. Este enfoque, que tiene un claro "sabor" pragmático, puede verse como un modelo que toma

la teoría de la coherencia sobre la verdad y la ubica en un marco histórico.

En conclusión, recomendaría una posición realista "blanda" para el trastorno psiquiátrico, una que está mucho más cercana al realismo basado en la biología que en la química y tiene elementos de la postura pragmática. Es improbable que nuestros trastornos tengan esencias en un sentido clásico, y que sus naturalezas probablemente surjan de "redes" de causas, síntomas y signos, según se postuló dentro de los agrupamientos de propiedad homeostática. Necesitamos ablandar la postura realista a través del empleo de teorías de coherencia de la verdad. El mejor antídoto disponible contra el poder de los argumentos de inducción pesimista y contingencia histórica es confiar más en nuestros tipos psiquiátricos, que en los símbolos específicos de las enfermedades psiquiátricas que ahora pueblan nuestros manuales diagnósticos. En nuestro proyecto para apoyar y justificar la naturaleza de los trastornos psiquiátricos, debemos ser ampliamente pragmáticos, pero no perder de vista nuestro compromiso fundamental a la realidad de las enfermedades psiquiátricas.

AGRADECIMIENTO

P. Zachar, J. Parnas, A. Broadbent y J.W. Ropmeijn proporcionaron comentarios útiles en las versiones previas de este ensayo.

Bibliografía

- Zachar P. The practical kinds model as a pragmatist theory of classification. *Philosophy, Psychology and Psychiatry* 2003;9:219-27.
- Zachar P. *A metaphysics of psychopathology*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology, 2014.
- Zachar P. Psychiatric disorders: natural kinds made by the world or practical kinds made by us? *World Psychiatry* 2015;14:288-90.
- Szasz TS. *The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct*. New York: Harper Perennial, 2010.
- Scott WJ. PTSD in DSM-III – a case in the politics of diagnosis and disease. *Soc Probl* 1990;37:294-310.
- Zachar P, Kendler KS. A diagnostic and statistical manual of mental disorders history of premenstrual dysphoric disorder. *J Nerv Ment Dis* 2014;202:1-7.
- Hull DL. *Science as a process: an evolutionary account of the social and conceptual development of science*. Chicago: University of Chicago Press, 1990.
- Zachar P, Kendler KS. The removal of Pluto from the class of planets and homosexuality from the class of psychiatric disorders: a comparison. *Philos Ethics Humanit Med* 2012;7:4.
- McHugh PR. *Try to remember: psychiatry's clash over meaning, memory, and mind*. New York: Dana Press, 2008.
- Hacking I. *Rewriting the soul: multiple personality and the sciences of memory*. Princeton: Princeton University Press, 1998.
- Shorter E. *A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: Wiley, 1997.
- Kuhn TS. *The trouble with the historical philosophy of science: Robert and Maurine Rothschild Distinguished Lecture*, November 19, 1991. Cambridge: Department of the History of Science, Harvard University, 1992.
- Esquirol JED. *Mental maladies. A treatise on insanity*. Philadelphia: Lea and Blanchard, 1845.
- Wernicke C. *Grundriss der Psychiatrie in Klinischen Vorlesungen*. Leipzig: Thieme, 1894.
- Kraepelin E. *Dementia praecox and paraphrenia*. Huntington: Krieger, 1971.
- Schneider K. *Psychopathic personalities*. London: Cassell, 1958.
- Leonhard K. *The classification of endogenous psychoses*. New York: Irvington, 1979.
- Boyd R. Realism, antifoundationalism and the enthusiasm for natural kinds. *Philos Stud* 1991;61:127-48.
- Boyd R. Homeostasis, species, and higher taxa. In: Wilson RA (ed). *Species: new interdisciplinary essays*. Cambridge: MIT Press, 1999:141-85.
- Kendler KS, Zachar P, Craver C. What kinds of things are psychiatric disorders? *Psychol Med* 2011;41:1143-50.
- Mikkelsen TS, Hillier LW, Eichler EE et al. Initial sequence of the chimpanzee genome and comparison with the human genome. *Nature* 2005;437:69-87.
- Scally A, Dutheil JY, Hillier LW et al. Insights into hominid evolution from the gorilla genome sequence. *Nature* 2012;483:169-75.
- Borsboom D. Psychometric perspectives on diagnostic systems. *J Clin Psychol* 2008;64:1089-108.
- Cramer AO, Borsboom D, Aggen SH et al. The pathoplasticity of dysphoric episodes: differential impact of stressful life events on the pattern of depressive symptom inter-correlations. *Psychol Med* 2012;42:957-65.
- Wigman JT, van OJ, Borsboom D et al. Exploring the underlying structure of mental disorders: cross-diagnostic differences and similarities from a network perspective using both a top-down and a bottom-up approach. *Psychol Med* 2015;45:2375-87.
- Cramer AO, Borsboom D. Problems attract problems: a network perspective on mental disorders. In: Scott R, Kosslyn S (eds). *Emerging trends in the social and behavioral sciences: an interdisciplinary, searchable, and linkable resource*. New York: Wiley, 2015:1-15.
- Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970; 126:983-7.
- Lakatos I. Falsification and the methodology of scientific research programmes. In: Lakatos I, Musgrave A (eds). *Criticism and the growth of knowledge*. London: Cambridge University Press, 1970:91-197.
- Himsworth HP. Diabetes mellitus: its differentiation into insulin-sensitive and insulin-insensitive types. 1936. *Int J Epidemiol* 2013; 42: 1594-8.
- The Wellcome Trust Case Control Consortium. Genome-wide association study of 14,000 cases of seven common diseases and 3,000 shared controls. *Nature* 2009;447:661-78.
- Klein DF, Fink M. Psychiatric reaction patterns to imipramine. *Am J Psychiatry* 1962;119:432-8.
- Kendler KS, O'Neill FA, Burke J et al. Irish study on high-density schizophrenia families: field methods and power to detect linkage. *Am J Med Genet* 1996;67:179-90.
- Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci. *Nature* 2014;511:421-7.

DOI:10.1002/wps.20292

Implicación en el tratamiento de individuos con enfermedad mental: análisis y actualización

LISA B. DIXON, Yael HOLOSHITZ, ILANA NOSSEL

Columbia University Medical Center; Division of Mental Health Services and Policy Research & Center for Practice Innovations, New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA

Suele ser difícil que las personas que padecen enfermedades mentales graves cooperen con su tratamiento continuado y son altas las tasas de deserción. Una cooperación deficiente puede dar por resultados desenlaces clínicos peores con recaídas de los síntomas y rehospitalización. Existen múltiples variables que pueden afectar al grado de cooperación en el tratamiento, tales como la alianza terapéutica, la accesibilidad de la atención médica y una confianza del paciente con respecto a que el tratamiento resolverá sus propias metas singulares. Por consiguiente, hemos observado que el concepto de la atención orientada al restablecimiento, que prioriza autonomía, empoderamiento y respeto por la persona que recibe los servicios, es un modelo útil en el cual visualizar herramientas y técnicas para mejorar la cooperación en el tratamiento. En concreto, la atención centrada en la persona, que comprende toma de decisiones compartida, es un método terapéutico que se enfoca en las metas singulares de cada individuo y sus circunstancias vitales. La utilización de la atención centrada en la persona en los modelos de tratamiento psiquiátrico tiene resultados promisorios para la cooperación en el tratamiento. Históricamente ha sido difícil lograr la cooperación terapéutica de grupos específicos de personas, como los adultos jóvenes que presentan un primer episodio de psicosis, los individuos con trastornos psicóticos y por uso de sustancias y los que no tienen hogar. Analizamos estas poblaciones y describimos cómo diversas técnicas de tratamiento orientado al restablecimiento y basadas en evidencia han demostrado mejorar la cooperación. Nuestro análisis aborda luego las estrategias de tratamiento emergentes que pueden mejorar la cooperación. Nos enfocamos en la utilización de la electrónica y la internet, la participación de colegas en el tratamiento de la salud mental y la incorporación de la entrevista de formulación cultural para brindar una atención centrada en la persona y culturalmente competente. La cooperación con el tratamiento es compleja y multifacética, pero es esencial optimizar las habilidades y las aptitudes orientadas al restablecimiento al brindar servicios a las personas que tienen enfermedades mentales graves.

Palabras clave: *Cooperación terapéutica, restablecimiento, esquizofrenia, toma de decisiones compartida, atención centrada en la persona, psicosis de primer episodio, alianza.*

(World Psychiatry 2016;14:13–20)

Suele ser difícil que las personas que padecen enfermedades mentales graves cooperen con su tratamiento continuado y también es muy frecuente la deserción. Según los datos de la Encuesta Nacional sobre la Comorbilidad en Estados Unidos y la Encuesta de Área de Captación Epidemiológica, hasta la mitad de los individuos con una enfermedad mental grave no han recibido tratamiento psiquiátrico en el año previo¹. Una cooperación deficiente puede dar por resultados exacerbación de los síntomas, rehospitalización y el no alcanzar por completo los beneficios potenciales del tratamiento.

Dado que múltiples factores contribuyen a mantener el compromiso de una persona y su disponibilidad para cooperar con el tratamiento o hacer que alguien lo abandone, es difícil describir los componentes clave para mejorar la cooperación². La deserción puede estar relacionada con problemas de utilidad (las personas consideran que el tratamiento no está funcionando), actitud (las personas sienten desconfianza o se sienten obligadas) o por motivos prácticos (el tratamiento puede ser difícil de obtener, difícil de programar). No existe un enfoque uniforme, ya que la cooperación ocurre en el contexto de la personalidad singular de un individuo, sus circunstancias sociales y vitales y la cantidad de síntomas. A fin de mejorar de manera más eficaz la cooperación en el tratamiento, se pueden utilizar enfoques que se dirijan a alguno y a todos estos obstáculos supuestos. En este análisis resaltamos diversas innovaciones en el tratamiento psiquiátrico, tanto prácticas como conceptuales, que han demostrado mejorar la cooperación con este tratamiento.

Hemos visto que es útil visualizar las técnicas y las herramientas para aumentar la cooperación dentro del modelo de “atención orientada al restablecimiento”. El restablecimiento, según los define la Administración de Abuso de Sustancias y Salud Mental y Servicios (SAMHSA) en Estados Unidos, es “un proceso de cambio a través del cual los individuos mejoran su

salud y bienestar, llevan vidas autodirigidas y luchan por alcanzar su pleno potencial”³. El movimiento de restablecimiento entraña un cambio en la actitud y el enfoque clínico que ha estado surgiendo en las últimas décadas, y el informe de la Comisión de Nueva Libertad del Presidente en Estados Unidos recomienda que la atención a la salud mental sea orientada al restablecimiento, impulsada por el usuario y su familia⁴. Cuatro dimensiones de la práctica orientada al restablecimiento son promover la ciudadanía, el compromiso organizativo, el apoyo a las metas definidas por la propia persona y una relación de trabajo sólida⁵. Los enfoques que analizamos a continuación son las formas promisorias para que los proveedores de servicios aumenten la cooperación de las personas con enfermedades mentales graves, presuoniendo un caso de orientación al restablecimiento.

Una característica importante de la atención orientada al restablecimiento es su priorización explícita de autonomía, empoderamiento y respeto por la persona que recibe los servicios^{6,7}. Por consiguiente, describimos factores que pueden mejorar la experiencia de un paciente en el tratamiento psiquiátrico y esperanzas por su restablecimiento. Analizamos factores decisivos para la alianza terapéutica, la toma de decisiones compartida y la atención centrada en la persona, según se relaciona con la cooperación en el tratamiento. En seguida, describimos cómo se han aplicado estos en algunas poblaciones que se consideran “difíciles de comprometer” y demostramos cómo varios procedimientos orientados al restablecimiento han ayudado a mejorar la cooperación. Luego nos enfocamos más estrechamente en algunos procedimientos específicos y describimos cómo incorporar estos en un modelo de tratamiento que pueda mejorar la cooperación. Concluimos describiendo las dificultades de la cooperación desde el punto de vista del profesional clínico y formas en que esta se puede abordar a medida que evoluciona el campo de los servicios de salud mental.

ACTITUDES Y ENFOQUE INTERPERSONAL

La alianza terapéutica

En su análisis cualitativo de adultos jóvenes que cooperan en el tratamiento de su primer episodio de psicosis, Stewart⁸ plantea la teoría de que la calidad de las relaciones que se establecen en el proceso de tratamiento entre los médicos y los receptores puede desempeñar un rol importante para determinar el éxito de la cooperación.

La alianza es una componente de las relaciones de tratamiento que se ha analizado empíricamente y se ha descrito como la capacidad dinámica para trabajar en colaboración en el interés de la solución de un problema, y tiene tres elementos: metas, tareas y vínculo. Se ha demostrado una y otra vez que es un predictor principal de los resultados satisfactorios en psicoterapia⁹.

También se ha observado que la alianza es importante en el trabajo con individuos que tienen enfermedades mentales graves. Fran y Gunderson¹⁰ midieron la alianza de trabajo entre pacientes que recibían tratamiento por esquizofrenia y descubrieron que los individuos que podían formar una alianza satisfactoria con sus terapeutas en los primeros seis meses tenían más probabilidades de permanecer con el tratamiento y apegarse a la medicación, y tenían un mejor resultado a los dos años. En la población con primer episodio de psicosis, Melau et al.¹¹ analizaron la relación entre la alianza de trabajo y los resultados clínicos y funcionales y llegaron a la conclusión de que una fuerte alianza de trabajo puede ser un requisito preliminar para apegarse a los servicios especializados en el primer episodio de psicosis, sentando las bases para un resultado positivo del tratamiento.

Dada la importancia que la alianza en el trabajo parece tener para el desenlace clínico y la cooperación, es esencial identificar cuáles componentes modificables pronostican una buena alianza terapéutica con los pacientes cuya cooperación puede ser difícil de lograr. En un estudio de pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, los predictores independientes de la alianza terapéutica fueron la orientación del profesional clínico al restablecimiento, el menor autoestigma notificado y los mayores grados de introspección. Resulta interesante que la gravedad de los síntomas clínicos, el estilo de apego, la edad y la duración del tratamiento no estuvieron relacionados con la calidad de la alianza¹². Este estudio demuestra que, por lo menos en algunos niveles, la alianza puede mejorarse mediante esfuerzos orientados al restablecimiento por parte del profesional clínico.

Dada la importancia de la alianza terapéutica en influir en la cooperación con el tratamiento y la relación entre la orientación de los profesionales clínicos en el restablecimiento y la alianza, es decisivo que los médicos adopten una orientación hacia el restablecimiento para facilitar la cooperación con el tratamiento.

Atención centrada en la persona

El concepto de atención centrada en la persona se está volviendo cada vez más frecuente en el panorama cambiante de la atención a la salud¹³. La atención centrada en la persona no tiene una definición simple o norma de medición operacionalizadas. Hallamos la siguiente descripción de la atención centrada en la persona en el contexto de los servicios de la salud mental que es muy convincente y un buen modelo para las siguientes exposiciones: "Un enfoque exhaustivo para comprender y responder a cada individuo y su familia en el contexto de sus antecedentes, necesidades, fortalezas, esperanzas de restablecimiento y sueños, cultura y espiritualidad... evaluaciones, planes de restablecimiento, servicio y apoyos, y desenlaces en la calidad de vida, todos adaptados para respetar las preferencias singulares, fortalezas, vulnerabilidades (incluidos los antecedentes de trauma) y la

dignidad de cada persona como un todo"¹³. Es el esfuerzo concertado por incorporar la propia cultura del individuo, sus antecedentes y sus metas inmediatas en la planificación del tratamiento.

Los servicios de salud mental que integran elementos que abordan las necesidades inmediatas de un individuo pueden intensificar la cooperación¹⁴⁻¹⁶. Por ejemplo, el alojamiento y las finanzas son dos fuentes potenciales de estrés importante que pueden influir en el bienestar de una persona. Abordar estos obstáculos como componentes específicos de la atención clínica puede ayudar a mejorar la participación, tanto de manera directa como de manera indirecta. Si una persona está económicamente segura y alojada, puede tener menos obstáculos concretos para acudir a las citas de tratamiento. Un desenlace más indirecto y más amplio de abordar estos componentes en la atención a la salud puede ser que el receptor del tratamiento se sienta ayudado, lo que mejorará su confianza en el sistema, favorecerá la alianza y servirá de fundamento para el trabajo del tratamiento futuro.

La toma de decisiones compartida puede verse como un enfoque para proporcionar atención centrada en la persona. En contraste con los modelos más autorizados de atención médica, la toma de decisiones compartida es un proceso colaborativo, dinámico, interactivo entre dos partes igualmente comprometidas. En este modelo, el médico y el paciente participan en un intercambio de información que culmina en una decisión acordada para el tratamiento¹⁷. En la última década, este enfoque en la atención clínica ha sido objeto de seguimiento, aunque muchos de los estudios que analizan su eficacia se han realizado en poblaciones no psiquiátricas. Si bien múltiples estudios han señalado que la toma de decisiones compartida es eficaz para las personas con enfermedades mentales graves, los profesionales clínicos pueden preocuparse de que se altere la capacidad de toma de decisiones de los pacientes y, por consiguiente, pueden tener menos probabilidades de utilizar la toma de decisiones compartida con este grupo¹⁸.

Dado que un tema común que ha surgido en los análisis de cooperación satisfactorios es el sentimiento del participante de que se está tomando en cuenta sus metas, deseos y situación en la vida, es aceptable admitir que una postura de toma de decisiones más compartida puede mejorar la cooperación con el tratamiento. En un estudio transversal de casi 900 pacientes ambulatorios con enfermedades mentales, la toma de decisiones compartida autonotificada por el paciente reveló disfunciones importantes. Una mayor parte de los participantes en el estudio informaron que sus médicos no querían saber su grado de cooperación deseado en la toma de decisiones, y que sus médicos no les preguntaron sobre sus preferencias¹⁷. Los que informaron mayores grados de toma de decisiones compartidas tendían a tener una actitud más positiva hacia los medicamentos y una mayor autoeficacia. Aunque no se puede determinar la causalidad, podemos plantear la hipótesis de que si una persona se siente involucrada en el proceso de toma de decisiones, es más probable que se sienta positiva sobre las posibles opciones de tratamiento. Además, la autoeficacia en sí se ha relacionado con un mejor resultado clínico. El desenlace más importante de la toma de decisiones compartida puede no ser el punto de decisión real, sino más bien, el proceso que tiene lugar entre el paciente y el proveedor. Un espacio abierto, explorador y no crítico permite adquirir confianza e idealmente mejora la cooperación en el tratamiento.

No todos los pacientes, tanto en la atención psiquiátrica como en la no psiquiátrica, desean altos grados de cooperación en decisiones relacionadas con su tratamiento. Comprender esto puede servir de guía para el tratamiento y la creación de auxiliares para la toma de decisiones. En los pacientes con esquizofrenia se ha observado una relación clara entre la satisfacción con el tratamiento y el grado en el cual los pacientes querían participar en la toma de decisiones médicas. Los que se sentían obligados para el tratamiento o que tenían mayores grados de insatisfacción con el

mismo (menos justicia percibida y peores experiencias farmacológicas) informaron desear más cooperación en su opción de tratamiento. En cambio, los que estaban convencidos de que necesitaban los medicamentos y expresaban gran satisfacción vieron menos necesidad de participar en la toma de decisiones médicas¹⁹.

En un estudio de veteranos con enfermedades mentales graves, las mayores preferencias por la participación en la toma de decisiones compartida se observaron en aquellos que eran afroestadounidenses, que trabajan por remuneración, que tenían educación a un nivel universitario o superior, tenían diagnósticos diferentes a la esquizofrenia y tenían una relación terapéutica insatisfactoria con el médico²⁰. El estudio reveló que las preferencias en la toma de decisiones se modifican con el tiempo y que una evaluación constante de dónde se haya el paciente es un aspecto importante de la atención clínica satisfactoria.

Las herramientas para la toma de decisiones basadas en internet y electrónicas pueden ser útiles para la implementación de la toma de decisiones compartida en contextos de tratamiento. En un estudio se analizó la utilidad de incorporar una herramienta basada en computadora para la toma de decisiones compartida en un espacio de espera de una clínica de salud mental de la población, donde los individuos con enfermedades mentales graves recibían tratamiento. Los participantes utilizaron esta herramienta antes de las citas con el médico, lo cual generó un formulario por escrito que describía cualquier conflicto de decisión que hubiesen tenido con el médico. Los participantes observaron que esto es útil para esclarecer sus propios dilemas, por cuanto les permite ventilar temas difíciles y organizar sus pensamientos²¹. Se han desarrollado otras herramientas para la toma de decisiones basada en internet y electrónicas y en general son aceptadas tanto por los pacientes como por los profesionales clínicos²².

GRUPOS CON “DIFICULTADES PARA COOPERAR”

Ahora analizamos la literatura sobre la cooperación en individuos que presenta su primer episodio de psicosis, individuos sin hogar o personas que tienen enfermedades mentales graves concomitantes y trastornos por uso de sustancias (diagnóstico doble). Se han utilizado diversas estrategias orientadas al restablecimiento para mejorar la cooperación en estos grupos. La identificación de estas estrategias puede aportar información para el diseño de los servicios de salud mental que maximice la cooperación en el tratamiento.

Psicosis de primer episodio

La investigación parece indicar que aproximadamente un tercio de los adultos jóvenes que presentan su primer episodio psicótico retrasan su tratamiento durante uno a tres años. Así mismo, 80 por ciento lo abandona en el primer año de tratamiento⁸. Esta alta tasa de deserción resalta las dificultades inherentes en lograr la cooperación de las personas jóvenes en el tratamiento.

Se han ofrecido múltiples causas para la deserción temprana del tratamiento o la falta de cooperación, tales como alianza deficiente, desconfianza en el sistema y una deficiente introspección sobre la necesidad del tratamiento. Así mismo, la etapa adulta joven es un momento de separación con respecto a las figuras de autoridad y autodescubrimiento hacia la individualización y autonomía. La terminación temprana del tratamiento en los programas de atención al primer episodio de psicosis se ha vinculado a una evolución más crónica de la enfermedad, una mayor necesidad de hospitalización, una lentificación en el proceso de restablecimiento y grados más altos de discapacidad funcional⁸.

Los programas para la atención al primer episodio de psicosis, con equipos interdisciplinarios integrados por terapeutas y espe-

cialistas en educación y empleo apoyados, han obtenido un impulso a nivel internacional^{23,24}. Estos programas proporcionan acceso temprano a la atención y a los servicios psicosociales intensivos para tratar de reducir la duración de la psicosis no tratada, mejorar la morbilidad de los síntomas e intensificar el restablecimiento²⁵. Los programas especializados para la atención al primer episodio de psicosis pueden tener más eficacia para involucrar a las personas jóvenes en el tratamiento que los servicios de salud mental sistemáticos²⁶, y mantienen a las personas en tratamiento por más tiempo que las clínicas de la población estándar²⁷.

Se ha realizado alguna investigación para identificar componentes específicos de estos programas de tratamiento singulares que intensifican o disminuyen la cooperación. Muchos programas para la atención a la psicosis durante el primer episodio a propósito quedan fuera de las clínicas de atención a la salud mental del adulto tradicionales, pues se ha demostrado que estos centros se identifican con alienación y deserción del tratamiento^{28,29}. Una cooperación sólida puede estar relacionada con una mejora del deseo de una persona joven de ser respetada, apoyada y comprendida⁷.

Un análisis cualitativo de adultos jóvenes que cooperaron satisfactoriamente en el tratamiento resaltó los temas compartidos que parecían promover la cooperación⁸. Por ejemplo, en la fase de hospitalización aguda, dos factores fueron decisivos para intensificar la cooperación: la introducción oportuna del personal del programa para la atención a la psicosis en etapa temprana y el establecimiento de relaciones positivas con los compañeros en la unidad. Otros temas que surgieron como factores que mejoran la cooperación fueron los de colaboración, comprensión racional de los problemas y un compromiso con la identificación de soluciones. Múltiples participantes también comentaron sobre la experiencia negativa de la hospitalización aguda del adulto. Si esta experiencia negativa y atemorizante es la entrada de un adulto joven al mundo de los servicios de la salud mental, es comprensible que mejorar la experiencia y contrarrestarla con servicios ambulatorios de apoyo pueda mejorar la cooperación.

En un análisis de pacientes que habían participado en el programa de intervención temprana RAISE Connection, cuatro dominios al parecer influyeron en la cooperación: atención individualizada, atributos del programa, cooperación de familiares y atributos personales³⁰. Para muchos participantes, un factor clave del programa fue el enfocarse en sus propias metas: la cooperación se correlacionó con recibir servicios no tradicionales que respaldaban tales metas, como el empleo y la educación con apoyo.

Estos estudios se enfocaron en aspectos de los programas de intervención temprana que los participantes identificaron como factores que intensificaban la cooperación. En otros ensayos se ha analizado cuáles atributos a nivel de participante pueden intensificar o interferir en la cooperación con el tratamiento. El deficiente compromiso hacia el servicio se ha vinculado a trauma infantil, altas complacencia, síntomas más graves y alianza deficiente³¹. También se ha observado que una cooperación más deficiente, según la evaluaron profesionales clínicos, se relaciona con más síntomas positivos y negativos, más psicopatología general y un ajuste social prepatológico más deficiente².

Los programas especializados en atención al primer episodio de psicosis, concebidos para lograr la participación de las personas jóvenes gracias a su diseño, enfoque y servicios ofrecidos, pueden ser una estrategia para mejorar la cooperación en el tratamiento en este grupo que a menudo ha retrasado su tratamiento y tradicionalmente ha desertado del tratamiento en gran número.

Desamparo

Los individuos sin hogar afrontan muchos obstáculos para la cooperación en el tratamiento de la salud mental en los contextos tradicionales, entre ellos, necesidades complejas de ser-

vicios sociales, y de salud médica y mental; altas tasas de trastornos por uso de sustancias; otras prioridades que pueden superar al tratamiento de salud mental; y sobre todo en los individuos sin hogar que viven en las calles, una desconfianza hacia los profesionales que los ayudan³². Los individuos sin hogar también pueden tener fortalezas que se pueden aprovechar en el tratamiento, tales como habilidades callejeras bien desarrolladas y conocimiento del sistema de servicio³³.

Los programas sociales asertivos para llegar a los individuos sin hogar implican establecer contacto con ellos en sus términos —donde viven— más que en un contexto de agencia³³. El tratamiento asertivo a la población es un procedimiento basado en evidencia que se ha adaptado para los individuos que carecen de hogar. Utiliza un enfoque interdisciplinario basado en equipo para proporcionar coordinación del caso, tratamiento de trastornos mentales y problemas por uso de sustancias, intervención en crisis, apoyo al empleo y servicios familiares a los individuos de la población. Se ha observado que los equipos de tratamiento asertivo a la población sin hogar disminuyen la hospitalización psiquiátrica y la utilización de servicios de urgencias, aumentan la estabilidad del alojamiento, disminuyen la gravedad de los síntomas y, sobre todo relevante para la cooperación, aumentan las consultas ambulatorias^{34,35}.

Pese al enfoque del modelo de tratamiento comunitario asertivo en la cooperación con el tratamiento es poco lo que se sabe sobre cuáles elementos específicos promueven la participación, sobre todo en individuos sin hogar. Un estudio cualitativo reciente con personal encargado del tratamiento asertivo en la población, no enfocado en personas sin hogar, identificó los siguientes elementos fundamentales para la cooperación de los usuarios³⁶: alianza terapéutica entre el personal y los usuarios, persistencia y constancia, la provisión de asistencia práctica y apoyo más que un enfoque único en la medicación, el proceso de toma de decisiones en equipo, la aceptación de los usuarios como son, así como la flexibilidad. En un estudio británico de cooperación en el tratamiento comunitario asertivo se compararon equipos de salud mental de la población, de nuevo no específicos para individuos sin hogar, y reveló que las pequeñas cargas de casos y el enfoque de equipo del tratamiento asertivo en la población facilitaba la cooperación en el tratamiento³⁷.

La intervención en tiempo crítico es otro procedimiento basado en la evidencia enfocada en ayudar a individuos sin hogar a involucrarse en el tratamiento, con un enfoque específico en los períodos de transición, tales como la transición del hospital o del albergue al alojamiento. Los trabajadores de la intervención en tiempo crítico proporcionan coordinación intensiva de casos en un período limitado utilizando un enfoque basado en fases que disminuye la intensidad con el tiempo. El modelo comprende asistencia práctica, enlace, defensa e intensificación motivacional para fortalecer los vínculos prolongados del individuo con los servicios y los apoyos. Los resultados comprenden una disminución del riesgo de desamparo después del alta hospitalaria³⁸ y disminución de la gravedad de los síntomas³⁹. Al igual que el tratamiento comunitario asertivo, la intervención en tiempo crítico tiene un enfoque explícito en la cooperación.

Un estudio cualitativo de la intervención en tiempo crítico tuvo como propósito comprender el rol de la relación entre los profesionales clínicos y los usuarios en el modelo, identificando una relación “no autoritativa” y “humanista” de trabajo en la cual los trabajadores respetaban la autonomía de los usuarios y mantenían la flexibilidad con respecto al contacto con el usuario y las actividades del servicio. Los trabajadores seguían las directrices de los usuarios y utilizaban enfoques informales para la conexión a fin de facilitar el establecimiento de la confianza del usuario⁴⁰.

Así que, en los modelos de tratamiento basados en evidencia que han resultado satisfactorios para los individuos con enfermedades mentales graves que no tienen hogar, al parecer un enfoque explícito en el desarrollo de una relación de trabajo positiva, reuniéndose con los usuarios donde están, pero con persistencia, prestación de ayuda práctica y flexibilidad en el enfoque, son elementos comunes que pueden servir para promover la cooperación.

Uso concomitante de sustancias y enfermedades mentales graves

Los individuos con enfermedades mentales graves tienen más probabilidades que los que no tienen tales enfermedades de utilizar sustancias, y algunos estudios indican que un 50% a un 60% de las personas con esquizofrenia tienen un trastorno concomitante por uso de sustancias⁴¹⁻⁴³. Es bien sabido que las personas con enfermedades mentales graves y uso de sustancias tienen más dificultades para cooperar que los que no las tienen, y los tratamientos tradicionales no han logrado con eficacia la participación de esta población⁴³⁻⁴⁶.

De hecho, el abuso concomitante de sustancias es uno de los factores más potentes que se relacionan con la falta de inicio y la falta de cooperación con el tratamiento psiquiátrico¹. Esta dificultad para iniciar y mantener la cooperación en el tratamiento tiene múltiples efectos corriente abajo, entre ellos, rehospitalizaciones frecuentes, gran gravedad de los síntomas, alteraciones del funcionamiento psicosocial, así como la transinstitucionalización en prisiones y otros ámbitos ajenos a la salud mental⁴⁷.

Un motivo por el cual los individuos con diagnóstico doble pueden involucrarse menos en el tratamiento es la fragmentación del sistema de atención. Históricamente, los servicios para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias y los programas de tratamiento psiquiátrico estaban completamente desconectados, con diferentes fuentes de financiación, capacitación y enfoques filosóficos en el tratamiento. Debido a esto, las personas con diagnósticos dobles que buscaban nuestro tratamiento a menudo eran excluidas de uno u otro programa. A la persona que buscaba tratamiento por uso de sustancias se le decía que primero se tratase los síntomas “psiquiátricos” y viceversa. Además de introducir todavía otra dificultad para brindar atención, este enfoque “de tratamiento secuencial” no tomaba en cuenta el carácter interactivo y cíclico de estos trastornos⁴⁸.

Los programas de tratamiento integrado por diagnóstico doble (IDDT) comenzaron a surgir en la década de 1990⁴¹, y trataron de abordar el tratamiento fragmentado que los individuos con dobles diagnósticos estaban recibiendo. Estos programas resaltaban los programas sociales, la exhaustividad, la perspectiva a largo plazo y un enfoque y filosofía congruentes^{41,49}. Se capacitaba a los profesionales clínicos en técnicas motivacionales, colaboración, intervenciones de apoyo social y muchos de estos programas también incluían un componente basado en la población. En la actualidad el IDDT es un tratamiento basado en evidencia para las personas con diagnóstico doble y los estudios indican que este enfoque mejora diversos resultados clínicos, tales como la participación en el tratamiento, posibles reducciones en el uso de sustancias, más días en alojamiento estable y mayores reducciones en la hospitalización psiquiátrica y los arrestos⁵⁰. Algunos estudios han demostrado que los programas de tratamiento integrado, así como el tratamiento asertivo en la población, intensifican la cooperación inicial y persistente en personas con diagnóstico doble^{43,44,47}.

Dentro de los diversos programas de tratamiento que atienden trastornos por uso de sustancias y de la salud mental concomitantes, los factores identificados para mejorar la cooperación son metas compartidas, perspectiva optimista que no se enfoque solo en los medicamentos, psicoeducación constante, atención basada

en equipo colaborativo y llegar a la comunidad. Un estudio reveló que la cooperación con el tratamiento en un programa para diagnóstico doble era mayor cuando los individuos eran remitidos de unidades de pacientes hospitalizados más que desde la población⁵¹. No está claro cuál componente del internamiento sirvió para fortalecer la cooperación subsiguiente, pero este hallazgo es interesante y puede señalar que en determinados subgrupos de los individuos con diagnóstico doble es útil la estabilización intrahospitalaria.

En un estudio reciente se exploró el empleo del apoyo por compañeros en la cooperación inicial en los servicios de salud mental en veteranos con trastornos por uso de sustancias o con altas recidivas. Los compañeros específicamente abordaban la cooperación temprana, proporcionando psicoeducación y llevando a los participantes a sus primeras consultas. Este estudio reveló que el apoyo por compañeros aumentaba significativamente la cooperación con el tratamiento, tanto en condiciones de tratamiento habitual como en las condiciones de tratamiento integrado experimental⁵². Esto resalta la importancia del apoyo por compañeros como una herramienta emergente para mejorar la cooperación en pacientes con un diagnóstico doble.

TÉCNICAS PARA LA COOPERACIÓN ORIENTADAS AL RESTABLECIMIENTO

A continuación describimos las innovaciones de tratamiento emergentes que pueden optimizar la cooperación en formas creativas y novedosas. Las seleccionamos porque todas tratan de mejorar la experiencia de tratamiento para el participante. Cada una de las tres estrategias descritas adelante tiene como propósito volver más accesible el tratamiento, más enfocado en las necesidades del usuario y menos estigmatizante en diversas formas diferentes. Para este fin, consideramos que comprenden el espíritu del tratamiento orientando al restablecimiento y pueden ayudar a mejorar la cooperación en el tratamiento.

Electrónica/tecnología

En una era en que el internet, las aplicaciones para teléfonos inteligentes y los medios sociales sirven para conectar a un número cada vez mayor de personas entre sí, parece adecuado valorar cómo utilizar estas modalidades tecnológicas en el tratamiento de las personas con trastornos mentales graves a fin de promover su cooperación. Existen muchas formas teóricas en que las modalidades tecnológicas de información y comunicación pueden mejorar la cooperación e intensificar el tratamiento, y hay muchas herramientas diferentes de aplicar: juntas para mensajes abiertos, páginas web terapéuticas cerradas, teléfonos móviles e incluso frascos de medicación inteligentes que pueden mejorar el cumplimiento de la medicación⁵³.

Una justificación para incorporar estas modalidades tecnológicas en el tratamiento de la salud mental es que pueden ser una forma natural de expandir el alcance de los servicios y reducir los obstáculos para la atención. Esto puede ser importante en situaciones donde hay escases de proveedores sanitarios⁵⁴. Se ha propuesto que diversas plataformas electrónicas y de teléfonos inteligentes pueden servir como una "compuerta" para los servicios de salud mental, al descartar algunas dificultades para la cooperación inicial y al permitir a las personas una introducción a los servicios en un escenario de bajo riesgo y cómodo. Esto también puede ser útil para las personas que han desertado del tratamiento y que están evaluando reintegrarse, pero puede tener algunos impedimentos, sean personales, (autoestigma, introspección escasa) o prácticos (difícil de obtener o de coordinar).

Las personas que experimentan síntomas o que tienen preguntas y que buscan más información pueden recurrir al inter-

net y a los medios sociales para buscar respuestas y apoyo. En un estudio reciente de adultos jóvenes en un programa de intervención en fase temprana, una abrumadora mayoría aprobó el empleo de medios sociales (97,5%), con un promedio de >2 horas por día. Treinta por ciento de los participantes informaron describir sus síntomas en contextos de medios sociales y buscar información sobre sus síntomas. La mayoría de esta población era accesible a los profesionales clínicos que los abordaban durante crisis a través de los medios sociales⁵⁵.

La falta de cooperación durante los períodos de resurgimiento de los síntomas puede conducir a ansiedad específica y puede dar por resultado consultas en el servicio de urgencias o en una unidad de internamiento. Si los médicos y los programas de tratamiento utilizan los medios sociales o las técnicas basadas en internet para conectarse con los usuarios durante períodos de falta de cooperación, tal vez pueda disminuir la escalada de síntomas o la rehospitalización. Una manera de pensar en esto son los programas sociales asertivos del siglo XXI: en vez de que los profesionales clínicos se reúnan con los usuarios de la población, pueden reunirse con ellos en línea.

Los tratamientos a través de internet también se han desarrollado y los resultados son promisorios^{56,57}. Un estudio aleatorizado y controlado de una página web moderada por un terapeuta demostró que la participación condujo a una disminución de los síntomas positivos y a una mejora del conocimiento sobre la esquizofrenia⁵⁸. Se ha demostrado que las tabletas y otras técnicas de información y de computadora ayudan a promover la cooperación inicial en el empleo con apoyo⁵⁹. Las poblaciones que en la actualidad no tienen acceso a la información más actualizada y las tecnologías de comunicación, como los que no tienen hogar, pueden incluso tener más probabilidades de beneficiarse. Para las personas marginadas con escasos recursos, la utilización de la tecnología ayuda a su sentido de pertenencia y ayuda a construir conexiones sociales. Estas plataformas se pueden utilizar para la psicoeducación, la cooperación inicial o incluso el tratamiento⁶⁰.

En la actualidad se están desarrollando los registros médicos electrónicos basados en la nube. Estos sistemas son seguros y cumplen con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de Estados Unidos. Con el consentimiento de un paciente, permiten el intercambio de información a través de diversas organizaciones y proveedores de atención a la salud. En tiempos recientes ha surgido el concepto de los registros de salud personalizados en estos sistemas basados en la nube. Permiten el envío de mensajes y la integración de los registros médicos entre pacientes y profesionales clínicos. La implementación de tales registros de salud personalizados puede mejorar la cooperación del paciente⁶¹. Al incorporar al paciente en su propio proceso de toma de decisiones para el tratamiento, y brindar un acceso fácil y comunicación con los profesionales clínicos que lo atienden, pueden retirar algunos obstáculos prácticos y percibidos para el tratamiento.

Los programas de salud mental pueden considerar el empleo de todas las intervenciones basadas en tecnología antes señaladas como parte de sus enfoques de tratamiento para aumentar la cooperación. Estudios futuros se han de enfocar en cómo incorporar mejor la negociación de los tratamientos basados en tecnología y las conexiones con el tratamiento en los servicios existentes, tomando en cuenta los riesgos inherentes a la internet y la tecnología, como la necesidades de mantener la privacidad y reducir la discriminación⁶².

Apoyo de compañeros

Algunos estudios han señalado que quienes tienen dificultades para cumplir o cooperar con el tratamiento pueden tener

problemas para confiar en las figuras de autoridad percibidas³¹. Por otra parte, muchos individuos con enfermedades mentales graves pueden sentirse enajenados, marginados y estigmatizados. Por estos motivos y otros más, la utilización de los servicios de compañeros puede mejorar la cooperación en los que tienen enfermedades mentales graves.

Durante el último decenio, han florecido las redes de proveedores compañeros en todo Estados Unidos, y ahora existen proveedores compañeros en múltiples contextos de tratamiento diferentes, así como organizaciones independientes coordinadas por compañeros. Se ha definido el apoyo de compañeros como “un sistema de dar y recibir ayuda con base en principios claves de respeto, responsabilidad compartida y acuerdo mutuo sobre lo que es útil”⁶³. La Comisión de Nueva Libertad del Presidente sobre la atención a la salud mental recomendó una distribución más amplia de los servicios basados en compañeros⁴. Así mismo, en la actualidad el apoyo de compañeros es un servicio reembolsable de Medicaid⁶⁴.

Un análisis del programa Plan de Acción para el Restablecimiento del Bienestar dirigido por compañeros resaltó las ventajas que tenían los participantes, tales como un mayor sentido de autodeterminación, autointrospección y posibles efectos positivos sobre la cooperación con proveedores tradicionales y autodefensa⁶⁵. En un estudio de adultos con enfermedades mentales graves en tratamiento o en la población, el tratamiento tradicional de los casos se comparó con el tratamiento de casos aplicado por los compañeros⁶⁶. El objetivo era investigar si los participantes que recibían servicios proporcionados por compañeros al inicio de su tratamiento cooperarían más con los servicios al seguimiento (6 y 12 meses). Este estudio reveló que los pacientes que recibían servicios proporcionados por compañeros se involucraban más en el lapso de seguimiento de 6 meses que los de los servicios tradicionales para el tratamiento de los casos. Esta diferencia intergrupala desapareció a los 12 meses, lo cual puede señalar la importancia de incorporar los apoyos de compañeros en las etapas iniciales del tratamiento, a fin de construir rápidamente una alianza de trabajo y mejorar la cooperación cuando es muy alto el riesgo de deserción, recaídas de los síntomas y rehospitalización. Cabe hacer notar que en los dos grupos los participantes que admitieron sentirse comprendidos y bien aceptados a los 6 meses tuvieron una mayor motivación autonotificada para el tratamiento.

Los veteranos del ejército y de combates son un grupo cuya cooperación tradicionalmente ha sido difícil de lograr en el tratamiento de la salud mental. Un estudio de calidad de veteranos del ejército realizado en tiempos recientes reveló que el principal obstáculo para lograr la cooperación en el tratamiento inicial es el estigma autopercibido, y los conscriptos tienen problemas para saber o aceptar que necesitan ayuda. Los participantes en este estudio en general se mostraron positivos en torno a la idea de incorporar redes de compañeros formales en el tratamiento inicial, señalando que podría disminuir tanto el estigma interno como el externo. Los soldados señalaron que las redes de compañeros podrían servir de modelos de rol, por ejemplo, si un soldado se percibe como fuerte y respetado por otros, revela su propia batalla contra la enfermedad mental⁶⁷. Se ha demostrado que los apoyos de compañeros disminuyen las tasas de recidiva en veteranos con problemas de abuso de sustancias⁵². Aunque la población de veteranos es singular, el autoestigma y la necesidad de modelación de rol pueden ser universal para las personas que combaten la enfermedad mental.

Entrevista con formulación cultural

Los individuos de grupos minoritarios raciales y étnicos con enfermedades mentales graves tienen menos probabilidades que

los blancos no hispanoamericanos de participar en el tratamiento de la salud mental^{68,69}. Los motivos de esto son diversos y numerosos y comprenden los obstáculos del sistema así como los sociales y los culturales⁷⁰⁻⁷⁴. Proporcionar tratamiento culturalmente competente puede ser una forma de intensificar la cooperación.

Una herramienta concreta para proporcionar atención culturalmente sensible y evaluar los antecedentes culturales de un individuo, para ayudar a guiar el diagnóstico y el tratamiento, es la Entrevista con Formulación Cultural (CFI). Introducida en el DSM-5, esta es un cuestionario de 16 apartados, complementado con 12 módulos. También incluye una versión para el informante a fin de obtener material de cuidadores como los miembros de la familia⁷⁵. La idea conceptual inherente a la CFI es que la cultura de una persona y el fondo contextual conforman la manera en que percibe la enfermedad mental, el tratamiento y la cooperación con el equipo de tratamiento.

La información cultural comprende las estructuras sociales en las cuales reside el individuo, los recursos ambientales locales (económicos, de tiempo) y las circunstancias individuales. El contexto cultural se observa como dinámico y singular para cada individuo. Y, por consiguiente, aunque puede haber tendencias en diferentes grupos minoritarios por lo que respecta a cómo ven sus síntomas y tratamiento, esto no se puede presuponer y se debe evaluar en forma individual. Para este fin, el empleo de la CFI en el tratamiento es una forma de reconocer explícitamente la singularidad del individuo y el enfoque en sus metas y necesidades.

Aunque es una herramienta relativamente nueva, la CFI puede mejorar la comunicación intercultural⁷⁶, lo cual puede mejorar la cooperación con el tratamiento.

CONCLUSIONES

Están surgiendo muchas estrategias innovadoras para mejorar la cooperación en el tratamiento. Según se demostró en este análisis, las estrategias de cooperación se enfocan en métodos e instrumentos prácticos, así como en ayudar a modificar las actitudes y los enfoques globales al tratamiento de personas con enfermedades mentales. A fin de implementar estas estrategias para mejorar la cooperación, los proveedores de la salud mental, también, deben sentirse comprometidos con el trabajo que están realizando. Los nuevos enfoques precisan una apertura mental y flexibilidad con respecto a una estructura dinámica y la prestación de cuidados de salud mental.

Aunque, supuestamente, todos los profesionales clínicos de la salud mental están en este campo debido a que están dedicados a mejorar el bienestar y la salud de quienes padecen enfermedades mentales, los obstáculos individuales y sistémicos pueden impedir a los proveedores aplicar el tratamiento que óptimamente intensifique la cooperación del participante. Las realidades de trabajar dentro del sistema actual de salud mental comprenden recursos limitados, tiempo limitado y una vigilancia creciente por las compañías dedicadas a la contención de costos. Los profesionales clínicos suelen citar estas inquietudes como motivos por los cuales son reuientes a cambiar los servicios de tratamiento o asumir un enfoque más orientado al restablecimiento. En tándem, existen innumerables problemas de actitud en torno al tratamiento orientado al restablecimiento, los que incluyen temor a un mayor riesgo, inquietud de que solo determinados tipos de participantes puedan involucrarse en el tratamiento y la suposición de que los servicios orientados al restablecimiento devalúan las destrezas profesionales⁷⁷.

Resulta claro que, a fin de influir en el cambio global, deben abordarse estas inquietudes. Los servicios pueden simplificarse para utilizar con más eficiencia los recursos, aliviando algunas

de las presiones existentes que afrontan los psiquiatras y, por tanto, permitiéndoles más tiempo para participar en interacciones clínicas significativas en personas⁷⁸. El hacer esfuerzos concertados para abordar temores, estigma, conceptos erróneos y limitaciones prácticas ayudará a transformar nuestro sistema de salud mental para mejorar la cooperación inicial y persistente.

Este análisis no es exhaustivo, y otros aspectos a tomar en cuenta como formas para mejorar la cooperación con el tratamiento son el bienestar y el ejercicio, el rol de las familia –incluidos los hermanos– en la cooperación en el tratamiento, y la utilización de atención informada en el trauma para involucrar a los individuos con pasados traumáticos. Los campos futuros de investigación pueden explorar aspectos relacionados con la capacitación y la implementación de las estrategias de cooperación en el contexto de un panorama de atención a la salud mental rápidamente evolutivo.

Bibliografía

- Kreyenbuhl J, Nossel IR, Dixon LB. Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: a review of the literature. *Schizophr Bull* 2009; 35:696-703.
- MacBeth A, Gumley A, Schwannauer M et al. Service engagement in first episode psychosis: clinical and premorbid correlates. *J Nerv Ment Dis* 2013;201:359-64.
- Del Vecchio P. SAMHSA's working definition of recovery updated 2012. blog.samhsa.gov.
- Department of Health and Human Services. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, 2003.
- Le Bouthillier C, Leamy M, Bird VJ et al. What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatr Serv* 2011;62:1470-6.
- Sowers WE. Recovery and person-centered care: empowerment, collaboration and integration. In: McQuiston H, Sowers WE, Ranz JM et al (eds). *Handbook of community psychiatry*. New York: Springer, 2012:79-89.
- Slade M, Amering M, Farkas M et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* 2014;13:12-20.
- Kane JM, Robinson DG, Schooler NR et al. Factors contributing to engagement during the initial stages of treatment for psychosis. *Qual Health Res* 2012;23:336-47.
- Horvath AO, Del Re AC, Fluckinger C et al. Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy* 2011;48:9-16.
- Frank AF, Gunderson JG. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:228-36.
- Melau M, Harder S, Jeppesen P et al. Clinical and functional outcome in a cohort of 400 patients with first-episode psychosis: a cross-sectional study. *J Clin Psychiatry* 2015;76:83-90.
- Kvrgic S, Cavelti M, Beck E et al. Therapeutic alliance in schizophrenia: the role of recovery orientation, self-stigma and insight. *Psychiatry Res* 2013; 209:5-20.
- Adams N, Grieder DM. Treatment planning for person-centered care, shared decision making for whole health. Waltham: Elsevier, 2014.
- Stanhope V, Tondora J, Davidson L et al. Person-centered care planning and service engagement: a study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2015;16:180.
- Moran GS, Baruch Y, Azaiza F et al. Why do mental health consumers who receive rehabilitation services, are not using them? A qualitative investigation of users' perspectives in Israel. *Community Ment Health J* (in press).
- Chan KKS, Mak WWS. The mediating role of self-stigma and unmet needs on the recovery of people with schizophrenia living in the community. *Qual Life Res* 2014;23:2559-68.
- Cuevas C, Penate W. To what extent psychiatric patients feel involved in decision making about their mental health care? Relationships with sociodemographic, clinical and psychological variables. *Acta Neuropsychiatr* 2014;26:372-81.
- Hamann J, Cohen R, Leucht S et al. Shared decision making and longterm outcome in schizophrenia treatment. *J Clin Psychiatry* 2007;68:992-7.
- Hamann J, Mendel R, Reiter S et al. Why do some patients with schizophrenia want to be engaged in medical decision making and others do not? *J Clin Psychiatry* 2011;72:1636-43.
- Park SG, Derman M, Dixon LB et al. Factors associated with shared decision-making preferences among veterans with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2014;65:1409-13.
- Deegan PE, Rapp C, Holter et al. A program to support shared decision making in an outpatient psychiatric medication clinic. *Psychiatr Serv* 2008;59:603-5.
- Krieke L, Emerencia AC, Boonstra N et al. A Web-based tool to support shared decision making for people with a psychotic disorder: randomized controlled trial and process evaluation. *J Med Internet Res* 2013;15:e216.
- Lieberman JA, Dixon LB, Goldman H. Early detection and intervention in schizophrenia: a new therapeutic model. *JAMA* 2013; 301:689-90.
- Dixon LB, Lieberman J. Early psychosis intervention services: a work in progress. *Schizophr Bull* 2015;41:23-4.
- Mihopoulos C, Harris M, Henry L et al. Is early intervention in psychosis cost-effective over the long term? *Schizophr Bull* 2009;35:909-18.
- Dixon LB, Goldman HH, Bennett ME et al. Implementing coordinated specialty care for early psychosis: the RAISE Connection Program. *Psychiatr Serv* 2015;66:691-8.
- Kane JM, Robinson DG, Schooler NR et al. Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis: 2-year outcomes from the NIMH RAISE Early Treatment Program. *Am J Psychiatry* (in press).
- Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ et al. Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatr Serv* 2005;56:1123-33.
- Kaplan S, Busner J, Chibnall J et al. Consumer satisfaction at a child and adolescent state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 2001;52:202-6.
- Lucksted A, Essock SM, Stevenson J et al. Client views of engagement in the RAISE Connection Program for early psychosis recovery. *Psychiatr Serv* 2015;66:699-704.
- Lecompte T, Spidel A, Leclerc C et al. Predictors and profiles of treatment non-adherence and engagement in services problems in early psychosis. *Schizophr Res* 2008;102:295-302.
- Kryda AD, Compton MT. Mistrust of outreach workers and lack of confidence in available services among individuals who are chronically street homeless. *Community Ment Health J* 2009;45:144-50.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Behavioral health services for people who are homeless. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 55. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013.
- Coldwell CM, Bender WS. The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164:393-9.
- Lehman AF, Dixon LB, Kernan E et al. A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:1038-43.
- George M, Manuel JI, Gandy-Guedes ME et al. "Sometimes what they think is helpful is not really helpful": understanding engagement in the Program of Assertive Community Treatment (PACT). *Community Ment Health J* (in press).
- Killaspy H, Johnson S, Pierce B et al. Successful engagement: a mixed methods study of the approaches of assertive community treatment and community mental health teams in the REACT trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:532-40.
- Herman DB, Conover S, Gorroochurn P et al. Randomized trial of critical time intervention to prevent homelessness after hospital discharge. *Psychiatr Serv* 2011;62:713-9.

39. Herman D, Opler L, Felix A et al. A critical time intervention with mentally ill homeless men: impact on psychiatric symptoms. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188:135-40.
40. Chen FP, Ogden L. A working relationship model that reduces homelessness among people with mental illness. *Qual Health Res* 2012;22:373-83.
41. Drake RE, Essock SM, Shaner A et al. Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2001;52:469-76.
42. Hasan A, Falkai P, Wobrock T et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: depression, suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation. *World J Biol Psychiatry* 2015;16:142-70.
43. Ho AP, Tsuang JW, Liberman RP et al. Achieving effective treatment of patients with chronic psychotic illness and comorbid substance dependence. *Am J Psychiatry* 1999;156:1765-70.
44. Pettersen H, Ruud R, Ravndal E et al. Engagement in assertive community treatment as experienced by recovering clients with severe mental illness and concurrent substance use. *Int J Ment Health Syst* 2014;8:40.
45. Flynn PM, Brown BS. Co-occurring disorders in substance abuse treatment: issues and prospects. *J Subst Abuse Treat* 2008;34:36-47.
46. Brown CH, Bennett ME, Li L et al. Predictors of initiation and engagement in substance abuse treatment among individuals with co-occurring serious mental illness and substance use disorders. *Addict Behav* 2011;36:439-47.
47. Hellerstein DJ, Rosenthal RN, Miner CR. Integrating services for schizophrenia and substance abuse. *Psychiatr Q* 2001;72:291-306.
48. Mueser KT, Noordsy DL, Drake RE et al. Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice. New York: Guilford Press, 2003.
49. Drake RE, Bartels SJ, Teague GB et al. Treatment of substance abuse in severely mentally ill patients. *J Nerv Ment Dis* 1993;181:606-11.
50. Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS et al. Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull* 2010; 36:48-70.
51. Bogenschutz MP, Siegfried SL. Factors affecting engagement of dual diagnosis patients in outpatient treatment. *Psychiatr Serv* 1998;49:1350-2.
52. Tracy K, Burton M, Nich C et al. Utilizing peer mentorship to engage high recidivism substance-abusing patients in treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2011;37:525-31.
53. Daker-White G, Rogers A. What is the potential for social networks and support to enhance future telehealth interventions for people with a diagnosis of schizophrenia: a critical interpretive synthesis. *BMC Psychiatry* 2013;13:279.
54. Clarke G, Yarborough BJ. Evaluating the promise of health IT to enhance/ expand the reach of mental health services. *Gen Hosp Psychiatry* 2013;35:339-44.
55. Birnbaum ML, Rizvi AF, Correll CU et al. Role of social media and the internet in pathways to care for adolescents and young adults with psychotic disorders and non-psychotic mood disorders. *Early Interv Psychiatry* (in press).
56. Cunningham JA, Gulliver A, Farrer L et al. Internet interventions for mental health and addictions: current findings and future directions. *Curr Psychiatry Rep* 2014;16:521.
57. Johnston L, Dear BF, Gandy M et al. Exploring the efficacy and acceptability of internet-delivered cognitive behavioural therapy for young adults with anxiety and depression: an open trial. *Aust N Z J Psychiatry* 2014; 48:819-27.
58. Rotondi AJ, Anderson CM, Haas GL et al. Web-based psychoeducational intervention for persons with schizophrenia and their supporters: oneyear outcomes. *Psychiatr Serv* 2010;61:1099-05.
59. Haslett WR, McHugo GJ, Bond GR et al. Use of software for tablet computers to promote engagement with supported employment: results from an RCT. *Psychiatr Serv* 2014;65:954-6.
60. Neale J, Stevenson C. Homeless drug users and information technology: a qualitative study with potential implications for recovery from drug dependence. *Subst Use Misuse* 2014;49:1465-72.
61. Noblin A, Cortelyou-Ward K, Servan RM. Cloud computing and patient engagement: leveraging available technology. *J Med Pract Manage* 2014;30:89-93.
62. Naslund JA, Grande SW, Aschbrenner KA et al. Naturally occurring peer support through social media: the experiences of individuals with severe mental illness using YouTube. *PLoS One* 2014; 9:e110171.
63. Mead S, Hilton D, Curtis L. Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatr Rehab J* 2001;25:134-41.
64. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Peer providers. www.integration.samhsa.gov.
65. Jones N, Corrigan PW, James D et al. Peer support, self-determination, and treatment engagement: a qualitative investigation. *Psychiatr Rehabil J* 2013;36:209-14.
66. Sells D, Davidson L, Jewell C et al. The treatment relationship in peerbased and regular case management for clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2006;57:1179-84.
67. Pfeiffer PN, Blow AJ, Miller E et al. Peers and peer-based interventions in supporting reintegration and mental health among national guard soldiers: a qualitative study. *Mil Med* 2012;177: 1471-6.
68. Interian A, Lewis-Fernandez R, Dixon LB. Improving treatment engagement of underserved U.S. racial-ethnic groups: a review of recent interventions. *Psychiatr Serv* 2013;64:212-22.
69. Aggarwal NK, Desilva R, Nicasio AV et al. Does the Cultural Formulation Interview for the Fifth Revision of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) affect medical communication? A qualitative exploratory study from the New York Site. *Ethn Health* 2015;20:1-28.
70. Abdullah T, Brown TL. Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms: an integrative review. *Clin Psychol Rev* 2011;31:934-48.
71. Martin S. Illness of the mind or illness of the spirit? Mental health-related conceptualization and practices of older Iranian immigrants. *Health Soc Work* 2009;34:117-26.
72. Musa D, Schulz R, Harris R et al. Trust in the health care system and the use of preventive health services by older black and white adults. *Am J Public Health* 2009;99:1293-9.
73. Office of the Surgeon General (US); Center for Mental Health Services (US); National Institute of Mental Health (US). Mental health: culture, race, and ethnicity. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2001.
74. Smith ME, Lindsey MA, Williams CD et al. Race-related differences in the experiences of family members of persons with mental illness participating in the NAMI family to family education program. *Am J Commun Psychol* 2014;54:316-27.
75. Lewis-Fernandez R, Aggarwal NK. Culture and psychiatric diagnosis. *Adv Psychosom Med* 2013;33:15-30.
76. Aggarwal NK, Pieh MC, Dixon L et al. Clinician descriptions of communication strategies to improve treatment engagement by racial/ethnic minorities in mental health services: a systematic review. *Patient Educ Couns* 2015;15:1-9.
77. Davidson L, O'Connell M, Tondora J et al. The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatr Serv* 2006;57:640-5.
78. Torrey WC, Drake RE. Practicing shared decision making in the outpatient psychiatric care of adults with severe mental illnesses: redesigning care for the future. *Community Ment Health J* 2010; 46:433-40.

DOI:10.1002/wps.20306

Gigantes de la tecnología entran en el campo de la salud mental

En septiembre de 2015, el director de National Institute of Mental Health (NIMH), T. Insel, anunció su partida del NIMH para dirigir la división de salud mental de Life Sciences de Google. Su decisión atrajo la atención mundial. Es interesante que para el campo de la salud mental Google pretenda solo respaldar innovaciones esperadas de un orden 10 tantos (“10x”) mejores que los competidores. De hecho, la atención y la investigación en la salud mental están plagadas de infinidad de retos que mejor se pueden atacar utilizando la capacidad informática que los gigantes de la tecnología pueden apalancar.

El campo de la salud mental capta la máxima cantidad de datos de cualquier especialidad médica, dado que abarca conducta, cerebro y mente. La neurociencia física de la psiquiatría se fortalece con las neuroimágenes de gran resolución de diversas modalidades, así como los datos “ómicos” que comprenden genómica, epigenómica, proteómica, microbiómica y metabólica. El crecimiento de tal cúmulo de grandes series de datos en psiquiatría proporciona oportunidades sin precedente para la exploración, la observación descriptiva, la generación de hipótesis y la predicción de problemas clínicos, de investigación y negocios y operacionales. Sin embargo, la escala de aportaciones de datos significa que se necesitan modelos computacionales que ayuden a los seres humanos a descubrir y comprender significado y definir patrones no evidentes: convertir datos en información, conocimiento y sabiduría.

El análisis computarizado de conductas humanas complejas como el habla plantea la oportunidad de avanzar la psiquiatría más allá de basarse en el autoinforme y en la observación clínica hacia medidas más objetivas de la salud y la enfermedad en el paciente individual. En un estudio experimental reciente se utilizaron análisis del discurso automatizados para pronosticar el inicio subsiguiente de la psicosis en jóvenes con alto riesgo clínico de psicosis¹. En el análisis se evaluó la coherencia semántica y dos marcadores sintácticos de la complejidad del discurso. Estas características del discurso pronosticaron la aparición de psicosis con una precisión del 100% y fueron mejores que la clasificación obtenida de las entrevista clínica estructurada.

Los registros de salud electrónicos (EHR) han modificado el panorama de la recolección y transmisión de datos clínicos, facilitando la atención médica más eficiente. Proporcionan múltiples tipos de datos en torno a encuentros con pacientes individuales, así como datos longitudinales sobre los antecedentes personales patológicos de un paciente durante un periodo prolongado (véase Hayes et al² en este número de la revista). Un ejemplo del valor de los datos del EHR proviene de un estudio que desarrolló un modelo estadístico de estratificación del riesgo de suicidio³. El modelo se derivó de analizar las tentativas de suicidio y de suicidio consumado en una extensa cohorte de pacientes que se sometieron a evaluación en un servicio de salud regional. Los investigadores compararon las predicciones basadas en EHR de la conducta suicida a los 3 meses con las predicciones del profesional clínico que se basaron en una lista de cotejo. Los EHR derivados del modelo fueron superiores (área bajo la curva de eficacia diagnóstica, AUC=0,79 frente a 0,58 utilizando la lista de cotejo).

En la actualidad las grandes series de datos biomédicos están dispersas en diferentes bases de datos, e intencionalmente aisladas para proteger la privacidad de los pacientes. Vincular las grandes series de datos permitirá a médicos e investigadores evaluar nuevas hipótesis e identificar campos de posible intervención⁴. Un ejemplo de la utilidad de la vinculación de datos entre la genómica y los EHR es el de la aplicación a gran escala del paradigma del estudio de asociación de todo el fenoma (PHeWAS)⁵. Los investigadores evaluaron las relaciones entre 2476 polimorfismos de un solo nucleótido (previamente implicados como mediadores de rasgos humanos mediante estudios de asociación de todo el genoma) y 539 fenotipos derivados de EHR en 4268 individuos de ascendencia europea. Se identificaron varios hallazgos nuevos en PHeWAS, tales como un agrupamiento de asociación cerca del gen NDFIPI para el retraso mental y una asociación cerca del gen PLCL1 para los retrasos del desarrollo y el trastorno del lenguaje.

El número de dispositivos inteligentes (es decir, teléfonos inteligentes y tabletas) está llegando a miles de millones en todo el mundo, por lo que existen oportunidades crecientes para aprovechar su potencia y multifuncionalidad para uso clínico. En la actualidad se dispone de varios ejemplos de productos basados en psicoeducación para su empleo en la depresión, el trastorno bipolar, la demencia y la ansiedad psicológica. Los teléfonos inteligentes también tienen la capacidad de ofrecer funciones de tele salud mental. Estas funciones se consideran cada vez más como oportunidades útiles para el involucramiento rápido de paciente-profesional clínico y ofrecer servicios en regiones geográficamente aisladas. Se ha informado que son tan satisfactorias como la atención en persona para el diagnóstico y el tratamiento en estudios comparativos y de no inferioridad. Sin embargo, existen inquietudes en torno a los efectos de la alianza terapéutica, y se necesita más investigación en poblaciones específicas (es decir, geriátricas, niños y grupos minoritarios)⁶. Dado el enorme número de “aplicaciones” disponibles para los pacientes y los profesionales clínicos, es importante utilizar enfoques sensibles en el análisis del valor clínico. Se ha desarrollado una Escala de Evaluación de Aplicaciones Móviles⁷ y se dispone de páginas web que evalúan los programas de salud mental digitales.

En los últimos años se ha observado el aumento y la miniaturización de muchos sensores portátiles, para la atención a la salud personal, la aptitud física y el percatamiento de la actividad, así como las redes inalámbricas de estos dispositivos conectados con EHR y teléfonos inteligentes. Estas innovaciones también coinciden con la popularidad de los registros de salud propiedad de los pacientes, la atención de la enfermedad basada en la población con el propósito de evitar la hospitalización y la atención a la salud finalmente participativa, en la que los pacientes hipotéticamente son empoderados para modificar la conducta relacionada con la salud a través del acceso a sus propios datos de salud. La atención a la salud inteligente y conectada tiene como finalidad acelerar el desarrollo y el empleo de enfoques innovadores que respalden la transformación tan necesaria de la atención a la salud, de reactiva y centrada en el hospital a preventiva, proactiva, basada en eviden-

cia, centrada en la persona y enfocada en el bienestar más que en la enfermedad.

Las oportunidades que brindan los gigantes de la tecnología que están entrando en la salud mental, con su capital, herramientas para análisis digital y de datos, y las combinaciones de talento de recursos humanos, brindan gran esperanza para las personas que padecen trastornos mentales en todo el mundo. Si bien el encuentro del enfoque electrónico con la salud no está exento de riesgos, relacionados con la privacidad, la utilización y el almacenamiento de los datos, es evidente su potencial⁸. La participación de los gigantes de la tecnología también plantea muchas dudas sobre la forma en que capacitaremos a nuestra próxima generación de investigadores y profesionales clínicos. La ciencia de la convergencia implica la integración transdisciplinaria de campos que comprenden ciencia computacional, física, ingeniería, medicina, química, matemáticas, las artes y biología; el sinergismo entre gobierno, academia e industria, también es decisivo. La psiquiatría de la convergencia implica integrar la ciencia de la convergencia en el contexto de la atención a la salud mental clínica mediante la integración más estrecha de científicos, profesionales clínicos e industria, así como una mejor formación de los profesionales de la salud.

Este enfoque es decisivo, dados los problemas de la investigación psiquiátrica moderna que se caracteriza por su complejidad, índole multisistémica y una repercusión social amplia, por lo que no son muy adecuados para enfoques aislados en el pensamiento y en la innovación. Se ha de tener cuidado en garantizar que los investigadores y los profesionales clínicos estén expuestos a estos campos fronterizos, y los mecanismos

potenciales comprenden “hackatons” (colaboraciones intensivas con codificadores, diseñadores y coordinadores en proyectos para cumplir un informe específico), grupos de investigación interdisciplinaria, sistemas educativos que impliquen conceptos de ciencia de la convergencia y colaboraciones entre la industria y la academia.

Harris A. Eyre^{1,2}, Ajeet B. Singh², Charles Reynolds III³

¹Discipline of Psychiatry, University of Adelaide, Adelaide, South Australia, Australia;

²Deakin University, IMPACT SRC, School of Medicine, Geelong, Victoria, Australia;

³University of Pittsburgh Medical Centre, Pittsburgh, PA, USA.

Los autores desean agradecer a M. Berk, D. Merrill, C. Raji, D. Doolan, S. Venkatesh, T. Insel, G.W. Small y B.T. Baune por sus opiniones útiles para este artículo.

1. Bedi G, Carrillo F, Cecchi GA et al. NPJ Schizophrenia (in press).
2. Hayes J, Marston L, Walters K et al. World Psychiatry 2016;15:53-8.
3. Tran T, Luo W, Phung D et al. BMC Psychiatry 2014;14:76.
4. Weber GM, Mandl KD, Kohane IS. JAMA 2014;311:2479-80.
5. Namjou B, Marsolo K, Carroll RJ et al. Front Genet 2014;5:401.
6. Aboujaoude E, Salame W, Naim L. World Psychiatry 2015;14:223-30.
7. Stoyanov SR, Hides L, Kavanagh DJ et al. JMIR mHealth and uHealth 2015;3:e27.
8. Rosenbaum L. N Engl J Med 2015;373:1585-8.

DOI:10.1002/wps.20297

¿Debiera la psiquiatría ocuparse únicamente de los trastornos mentales sin una causa médica identificada?

¿Debiera la psiquiatría ocuparse únicamente de los trastornos mentales sin una causa médica identificada?

¿Está la psiquiatría en riesgo de “perder” parte de los trastornos de los que se ocupa, una vez que se identifique su origen “orgánico” o genético? La eliminación reciente del síndrome de Rett entre los trastornos de la gama del autismo del DSM-5 es un ejemplo de este problema.

El síndrome de Rett es un trastorno del desarrollo neurológico que se caracteriza por síntomas autistas, anomalías cognitivas y motoras así como una disminución del crecimiento del cerebro durante la infancia¹. La mayor parte de los casos del síndrome se deben a una mutación en el gen MeCP2, aunque no todas las personas que tienen una mutación en MeCP2 presentan el síndrome. Originalmente se incluyó en el DSM-IV como un trastorno con manifestaciones autistas de origen desconocido. Ahora que se ha identificado su origen genético, la principal justificación para excluirlo del DSM-5 ha sido que se considera una entidad distintiva con una causa específica.

La historia de la medicina contiene varios otros ejemplos en los que el descubrimiento de la causa específica de un trastorno mental (o un trastorno clínico que en un tiempo se pensó correspondía al dominio de las enfermedades mentales) condujo su exclusión del marco de la psiquiatría. En el siglo XIX, después que los síntomas psiquiátricos de parestesia general se atribuyeron a neurosífilis, ésta se convirtió en la primera enfermedad psiquiátrica con afectación orgánica. Una vez que se confirmó este hallazgo, la parestesia general fue excluida progresivamente del campo de la psiquiatría. Además, en 1943, la penicilina resultó muy eficaz contra la sífilis primaria. En esa coyuntura, la psiquiatría definitivamente “perdió” el tratamiento de la parestesia general.

Sin embargo, si conocer la causa “orgánica” o genética de un trastorno es una justificación para su exclusión del DSM, el futuro mismo de nuestra especializada está en riesgo, ya que con el tiempo, a medida que se identifiquen más fundamentos específicos de los trastornos mentales podemos “perder” varios de los trastornos clínicos que atendemos. En la actualidad, un 10% a un 20% de los pacientes con trastornos de la gama del autismo y un 40% a un 60% de los que presentan una discapacidad intelectual grave resultan con variaciones en el número de copias clínicamente significativas o mutaciones de novo perjudiciales^{2,3} y estas tasas continúan aumentando³. El excluir trastornos con una causa médica reconocida del ámbito de la psiquiatría tiene tan escaso sentido como señalar que, debido a que algunas úlceras gástricas pueden deberse a bacterias, ya no pertenecen al campo de la gastroenterología.

La mayoría de nosotros estaríamos de acuerdo con el principio de que sin cerebro no hay mente. Más allá de este marco, el debate mente-cerebro sigue siendo inexpugnable. En un amplio sentido, mente o “psique” puede concebirse como un dominio fenoménico-experiencial subjetivo⁴. La especificidad de los trastornos clasificados como trastornos psiquiátricos radica en la peculiaridad de los elementos que la componen, es decir, los síntomas mentales que no pueden reducirse de manera simplista a

disfunciones del cerebro. Los síntomas mentales están enraizados tanto en las ciencias naturales como en las sociales, a causa de una mezcla de componentes biológicos, semánticos y sociales⁵. De hecho, las especialidades clínicas no están fundadas simplemente en nuestra comprensión de la biología humana. Más bien, emergen de maneras complejas en respuesta a diversos estados y situaciones. Algunas especialidades implican destrezas especiales (cirugía cardíaca) o trastornos de órganos (nefrología) o aparatos (gastroenterología). Otras especialidades surgen en respuesta a un tipo de trastorno (oncología) o a etapas del ciclo de la vida (geriátrica). La psiquiatría es para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales.

Durante los siglos XIX y XX surgió un cisma entre la neurología y la psiquiatría y las dos siguieron caminos diferentes⁶. En general, la neurología se enfocaba en los trastornos con anomalías cognitivas y conductuales y lesiones cerebrales identificables –por ejemplo, accidente cerebro-vascular, esclerosis múltiple y enfermedad de párkinson– en tanto que la psiquiatría se enfocaba en alteraciones afectivas y cognitivas sin lesiones cerebrales identificables –por ejemplo, esquizofrenia, depresión y trastornos por ansiedad–⁶. Sin embargo, las fronteras entre la neurología y la psiquiatría nunca han sido claras de manera que existen campos notables de imbricación entre ellas. De hecho, la “apropiación” histórica de determinados trastornos por la neurología o la psiquiatría –por ejemplo, autismo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD), síndrome de Tourette y demencia– en cierta medida parecen ser arbitrarios y estar basados en criterios extraclínicos⁶. Ahora, más de un siglo más tarde, los límites entre la neurología y la psiquiatría se están cuestionando seriamente y muchas opiniones entre los psiquiatras están clamando por que se convierta en una neurociencia clínica⁷.

No obstante, el hecho de que probablemente nunca podremos formular un concepto puramente objetivo de la mayor parte de los trastornos mentales no vuelve menos fructífera la búsqueda de posibles disfunciones “subyacentes”. Por el contrario, el esfuerzo por encontrar tales disfunciones es decisivo para el progreso de la disciplina. Como un ejemplo, considérense dos anomalías biológicas que se pueden detectar en algunos casos de esquizofrenia: la delección del cromosoma 22q11.2 y la presentación de anticuerpos contra receptor de N-metil-D aspartato (NMDA-R).

El síndrome de delección del cromosoma 22q11.2 por lo general se define como un trastorno genómico con una expresividad muy variable, asociada a altas tasas de trastornos psicóticos (incluida la esquizofrenia), trastornos afectivos, trastornos por ansiedad o ADHD. Notablemente, no hay una expresión sintomática diferencial en sujetos con esquizofrenia relacionada con delección de 22q11.2 en comparación con otros individuos que tienen un diagnóstico de esquizofrenia⁸.

Los anticuerpos contra NMDA-R pueden identificarse en cerca de 1%-2% de los pacientes con un diagnóstico clínico de

esquizofrenia⁹. Varios pacientes con anticuerpos séricos contra NMDA-R presentan síntomas en múltiples etapas que avanzan desde la psicosis, las disfunciones de las memorias, las convulsiones y la desintegración del lenguaje hasta un estado de falta de respuesta con características catatónicas. Sin embargo, algunos pacientes con anticuerpos anti NMDA-r cumplen por entero los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia⁹. Estos anticuerpos pueden representar un factor etiológico de la esquizofrenia, potencialmente tratable con un tratamiento específico.

El hecho de que la esquizofrenia pueda vincularse a factores etiológicos específicos, como la delección del cromosoma 22q11.2, los anticuerpos anti-NMDA-R, más de un centenar de loci genéticos, o mayores proporciones de variaciones en el número de copias raras (es decir, duplicaciones recurrentes de 16p11.2, delecciones 3q29, o duplicaciones de 17q12)¹⁰ no es motivo para que este trastorno sea excluido del campo de la psiquiatría.

Los psiquiatras deben poder lidiar con los trastornos mentales independientemente de sus causas. Identificar una etiología biológica específica debiera ser un motivo de gozo para vindicar el rol clave de la psiquiatría como una especialidad médica que aborda los trastornos mentales, independientemente de que se conozca o no se conozca su etiología.

Celso Arango, David Fraguas

Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, CIBERSAM, IiSGM, Escuela de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Los autores quieren agradecer a C.M. Díez-Caneja por sus comentarios perspicaces. Reciben el apoyo del Ministerio Español de Economía y Competitividad; Instituto de Salud Carlos III, CIBERSAM; Gobierno Regional de Madrid (S2010/BMD-2422 AGES); Fondos Estructurales y de Inversión Europeos de la Unión Europea y Séptimo Programa Marco de la Unión Europea (proyectos EU-GEI, OPTiMISE, PSYSCAN y METSY); la Fundación Alicia Koplowitz y la Fundación Mutua Madrileña, así como ERA-NET NEURON (Red Europea de Financiación de la Investigación en Neurociencias).

1. McGraw CM, Samaco RC, Zoghbi HY. *Science* 2011;333:186.
2. Gilissen C, Hehir-Kwa JY, Thung DT et al. *Nature* 2014;511:344-7.
3. Sebat J, Lakshmi B, Malhotra D et al. *Science* 2007;316:445-9.
4. Parnas J, Sass LA, Zahavi D. *Schizophr Bull* 2013;39:270-7.
5. de Leon J. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2014;7:186-94.
6. Martin JB. *Am J Psychiatry* 2002;159:695-704.
7. Insel TR, Cuthbert BN. *Science* 2015;348:499-500.
8. Owen MJ, Doherty JL. *World Psychiatry* 2016;15:23-5.
9. Pollak TA, McCormack R, Peakman Met al. *Psychol Med* 2014;44:2475-87.
10. Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium. *Nature* 2014;511:421-7.

DOI:10.1002/wps.20283

¿Qué podemos aprender de las altas tasas de esquizofrenia en personas con el síndrome de delección 22q11.2?

¿Qué podemos aprender de las altas tasas de esquizofrenia en personas con el síndrome de delección 22q11.2?

El síndrome de delección 22q11.2 (22q11.2DS) es un síndrome de variante en el número de copias (CNV) que resulta de

una delección de 1,5-3 Mb en el brazo largo del cromosoma 22. Se presenta en al menos uno de cada cuatro mil recién nacidos vivos, por lo que es uno de los síndromes de delección genética más comunes¹. El fenotipo físico es muy variable y afecta a

múltiples órganos y sistemas. Las manifestaciones comunes son malformaciones cardíacas conotruncuales, paladar hendido, anomalías renales y disfunción inmunitaria. La alteración cognitiva también es frecuente y hay una distribución del IQ que se desvía alrededor de 30 puntos hacia la izquierda en la población con desarrollo típico².

En la década de 1990, se observó que una alta proporción de adultos con 22q11.2DS tenían esquizofrenia³. Las estimaciones actuales de la prevalencia de la esquizofrenia de por vida son aproximadamente un 25% en el 22q11.2DS en comparación con casi 1% en la población general. Así mismo, varios estudios han informado que la prevalencia de la delección de 22q11.2 es 10 a 20 veces más alta en pacientes con esquizofrenia que en la población general⁴. Por consiguiente, el 22q11.2DS es uno de los factores de riesgo conocidos más sólidos para la esquizofrenia. A veces se plantea que dado que muchas personas con 22q11.2DS tienen un IQ bajo, y que la discapacidad intelectual es un factor de riesgo para la esquizofrenia, la psicosis observada en casos de delección es una consecuencia de un IQ bajo y nosológicamente diferente de los casos de esquizofrenia en la población que no tienen la delección. Sin embargo, el 22q11.2DS aumenta el riesgo de psicopatología independientemente del IQ^{2,3}, y las otras manifestaciones clínicas de la esquizofrenia en individuos con la delección no son diferentes de las que se observan en la población general⁵.

Puesto que a los portadores de la delección se les suele identificar durante la infancia, ha habido un gran interés en el 22q11.2DS como una población con alto riesgo en la cual se puede estudiar los antecedentes clínicos, cognitivos y neurobiológicos de la esquizofrenia. Resulta interesante que evidencia reciente señale que la duplicación recíproca del cromosoma 22 conlleva menos riesgo de esquizofrenia⁴. Esto resalta también la importancia de estudiar este locus genético para comprender mejor la resistencia a la adversidad así como el riesgo e identificar posibles dianas terapéuticas nuevas.

El descubrimiento de las altas tasas de esquizofrenia ha desencadenado muchos estudios de los trastornos psiquiátricos en el 22q11.2DS. La imagen emergente es la de un pleotropismo extenso. En la infancia, los trastornos del desarrollo neurológico, como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) y el trastorno de la gama del autismo (ASD), son comunes². En la adolescencia y en la adultez temprana se incrementa la prevalencia de los trastornos afectivos y la psicosis, en tanto que los trastornos por ansiedad son comunes en todas las edades⁶. Sin embargo, existe una considerable variabilidad entre los individuos tanto en la índole como en la gravedad de sus síntomas psiquiátricos.

En tiempos recientes la tecnología genómica ha permitido detectar CNV en todo el genoma, lo que ha revelado que el 22q11.2 es uno de una serie de CNV que se asocian a un mayor riesgo de esquizofrenia. Las personas con esquizofrenia tienen una mayor densidad en todo el genoma de CNV de gran tamaño (>100 kB), infrecuentes (< 1%) en general⁷. Así mismo, una serie de loci específicos además del 22q11.2 se relaciona con un riesgo de trastornos psiquiátricos. Once de estos loci se han relacionado sólidamente con la esquizofrenia, con una frecuencia y una penetrancia variables⁴. Al igual que con el 22q11.2DS, estas CNV confieren riesgo para una gama de trastornos psiquiátricos⁸.

Los mecanismos mediante los cuales la delección de 22q11.2 aumenta el riesgo de psicosis y otros trastornos psiquiátricos todavía no se han dilucidado bien. Los individuos

con la delección tienen solo una copia de los genes dentro de la región que experimenta delección (hemigocidad). El mecanismo más probable es, por consiguiente, que la dosis reducida de uno o más genes en la región desencadena las manifestaciones clínicas (haploinsuficiencia) a través de otras posibilidades como el desenmascaramiento de un alelo recesivo o también son posibles efectos de la posición. Si bien muchos genes putativos interesantes en la región —entre ellos, *PRODH*, *COMT*, *DGCR8*, *RTN4R* y *TBX1*— ninguno de estos ha estado convincentemente implicado como factor único que intervenga en el mayor riesgo de esquizofrenia o de hecho en otros fenotipos psiquiátricos. En consecuencia, sigue siendo posible que el incremento del riesgo de trastornos psiquiátricos sea conferido por el efecto de la delección en uno o más de uno o posiblemente varios genes. Esto no sería sorprendente, ya que no hay una forma de esquizofrenia debida a un solo gen que se haya demostrado convincentemente.

Otra posibilidad es que las series de genes funcionalmente relacionados (a veces conocidos como vías) sufren un efecto específico del 22q11.2DS y otras CNV patógenas. Un análisis reciente de la vía de diferentes CNV ha señalado el rol de los genes sinápticos que influyen en el equilibrio de la excitación cortical y la inhibición en el riesgo psiquiátrico⁹. Este es un modelo atractivo, ya que se han comunicado alteraciones en el equilibrio excitador-inhibidor en la esquizofrenia, el ADHD y el ASD, y por tanto puede ayudar a explicar los síntomas superpuestos que presentan los pacientes con 22q11.2DS, aunque no se ha aclarado si un gen o genes en el 22q11.2 están implicados en estas vías.

Una segunda pregunta relacionada es cuál factor o factores influyen en los resultados psiquiátricos y cognitivos muy diferentes que se observan en 22q11.2DS. La mayoría de los pacientes con 22q11.2DS (90%) tienen una delección de 3 Mb, la que afecta a cerca de 60 genes, en tanto que aproximadamente 10% tienen una delección de 1,5 Mb que afecta solo a 30 genes. Podría ser que el tamaño de la delección influya en el desenlace, aunque esto parece improbable, ya que hasta el momento ningún estudio ha identificado una diferencia significativa en el fenotipo psiquiátrico entre aquellos con una delección de 1,5 o 3 Mb, aunque este aspecto no se ha resuelto definitivamente hasta que se determinen estudios a mayor escala.

Otra posibilidad es que los alelos en el cromosoma intervengan en los resultados pleótipos. Si este fuese el caso, estos tendrían que ser muy frecuentes para explicar las altas tasas de prevalencia y no existe evidencia actual para tales variantes de un efecto considerable. Otra posibilidad adicional es que las CNV de “segundo impacto” o mutaciones puntuales contribuyan a incrementar el riesgo, pero de nuevo, estas tendrían que ser frecuentes para explicar todo el incremento del riesgo.

Estudios genómicos han indicado claramente la naturaleza poligénica de los trastornos psiquiátricos. La esquizofrenia en al menos un tercio de la varianza genética es captada por los efectos combinados de muchos centenares de SNP y ahora es posible analizar esto utilizando el enfoque de la puntuación poligénica¹⁰. Sin embargo, hasta ahora, los tamaños de las muestras no han sido tan grandes que permitan evaluar si el fondo poligénico puede explicar las diferencias en los desenlaces psiquiátricos en el 22q11.2DS. Hasta ahora los efectos de los factores ambientales han sido el foco de interés de mucha investigación en el 22q11.2DS, pero el estudio de la interacción entre genes y medio ambiente en este grupo con riesgo será crucial para nuestra comprensión del pleotropismo y también de los

factores de riesgo ambientales para la esquizofrenia en términos más generales. En la actualidad se está realizando una extensa colaboración internacional⁶ para investigar estas cuestiones en una extensa muestra de pacientes con 22q11.2DS.

Se ha realizado mucha investigación en tiempos recientes dirigida a identificar a los que tienen más probabilidades de presentar psicosis dentro de la población con 22q11.2. Otros trastornos psiquiátricos, sobre todo los trastornos por ansiedad, se han relacionado con el desarrollo de la esquizofrenia en el 22q11.2DS y, aunque la alteración cognitiva en sí no es mediadora de la relación entre el 22q11.2DS y los trastornos mentales, la disfunción cognitiva puede asociarse al inicio del psicosis¹¹. Aún no se ha aclarado si estas representan marcadores independientes de un aumento del riesgo o de síntomas prodrómicos. Se necesitan datos mucho más longitudinales para explorar factores predictores de la psicosis, incluidos los síntomas clínicos y los fenotipos intermedios, por ejemplo, las anomalías en las pruebas de diagnóstico por neuroimágenes.

Como uno de los factores de riesgo conocidos más sólidos para la esquizofrenia, el 22q11.2DS ofrece una población de alto riesgo relativamente homogénea para explorar precursores y predictores en diseños de estudio longitudinales. Así mismo, dados los recientes avances en la ingeniería genómica, cada vez es más factible desarrollar modelos celulares y animales de la delección y relacionar los hallazgos en estos con los de estudios humanos¹². La imbricación genética y mecanicista entre los trastornos del desarrollo neurológico es una vía muy interesante de explorar y es oportuna dadas las iniciativas recientes para mejorar los sistemas de clasificación psiquiátrica (por ejemplo, los criterios de dominios de investigación¹³). La variabilidad en la presentación de síndromes de CNV parece indicar que definir categóricamente fenotipos puede no ser el enfoque más adecuado para captar la gama de síntomas que experimentan los pacientes y puede ser más adecuado un sistema más dimensional.

Comparar los datos de las CNV con riesgo será un campo importante de investigación y ayudará a identificar las vías comunes finales a la psicosis y trastornos a fines. Tendrá interés adicional avanzar los conocimientos no solo de cómo las CNV actúan para aumentar el riesgo, sino también como las CNV como la duplicación del 22q11.2 pueden ejercer efectos protectores. Esto tendría implicaciones claras para desarrollar nuevos enfoques de tratamiento.

Aunque los modelos animales posiblemente generen esclarecimientos mecanicistas importantes, tienen sus limitaciones.

Por ejemplo, si bien existe sintenia entre la región con delección en seres humanos y los ratones, existen diferencias en la organización genómica. Por otra parte, es probable que los fenotipos psiquiátricos humanos reflejen factores genéticos y ambientales adicionales. Así mismo, hay dificultades para modelar fenotipos psiquiátricos complejos en los animales. No obstante, las investigaciones en animales serán un componente importante de un enfoque de múltiples niveles para el estudio del 22q11.2DS, el cual debiera integrar otros enfoques como los modelos celulares y las imágenes cerebrales humanas.

En conclusión, el 22q11.2DS y otras CNV patógenas ofrecen nuevos enfoques para estudiar el riesgo de esquizofrenia y las relaciones entre los trastornos del desarrollo neurológico. Los estudios longitudinales de las poblaciones con alto riesgo serán decisivos y estos aportarán información y la recibirán de estudios animales y celulares de las CNV.

Michael J. Owen, Joanne L. Doherty

MRC Centre for Neuropsychiatric Genetics and Genomics, Neuroscience and Mental Health Research Institute, Cardiff University, Cardiff, UK.

1. Oskarsdottir S, Vujic M, Fasth A. Arch Dis Child 2004;89:148-51.
2. Niarchou M, Zammit S, van Goozen SHM et al. Br J Psychiatry 2014;204:46-54.
3. Murphy KC, Jones LA, Owen MJ. Arch Gen Psychiatry 1999;56:940-5.
4. Rees E, Walters JT, Georgieva L et al. Br J Psychiatry 2014;204:108-14.
5. Bassett AS, Chow EW, AbdelMalik P et al. Am J Psychiatry 2003;160:1580-6.
6. Schneider M, Debbane M, Bassett AS et al. Am J Psychiatry 2014;171:627-39.
7. The International Schizophrenia Consortium. Nature 2008;455:237-41.
8. Doherty JL, Owen MJ. Genome Med 2014;6:1-13.
9. Pocklington AJ, Rees E, Walters JT et al. Neuron 2015;86:1203-14.
10. The International Schizophrenia Consortium. Nature 2009;460:748-52.
11. Gothelf D, Schneider M, Green T et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2013;52:1192-203.
12. Meechan DW, Maynard TM, Tucker ES et al. Prog Neurobiol 2015;130:1-28.
13. Cuthbert BN. World Psychiatry 2014;13:28-35.

DOI:10.1002/wps.20274

Clasificaciones psiquiátricas: validez y utilidad

ASSEN JABLENSKY

Centre for Clinical Research in Neuropsychiatry, University of Western Australia, Perth, WA 6000, Australia

Pese a las suposiciones históricas sobre lo contrario, existe escasa evidencia que indique que la mayor parte de los trastornos mentales reconocidos estén separados por límites naturales. Las categorías diagnósticas definidas por sus síndromes clínicos deben considerarse "válidas" sólo si se ha demostrado que son verdaderamente entidades definidas. En este sentido no se ha demostrado que sean válidos la mayor parte de los conceptos diagnósticos en psiquiatría, aunque muchos poseen "utilidad" en virtud de la información que transmiten sobre los síntomas de presentación, pronóstico, respuesta al tratamiento y, en algunos casos, etiología. Si bien los investigadores en genética, neurobiología y epidemiología demográfica tienden cada vez más a adoptar una perspectiva de un proceso continuo/dimensional de la variación de la sintomatología, los profesionales clínicos prefieren apearse al enfoque categórico comprendido en las clasificaciones actuales como la ICD-10 y el DSM-5. Ambos puntos de vista tienen justificación plausible en sus contextos respectivos, pero es posible que el camino futuro esté en su reconciliación conceptual.

Palabras clave: Diagnóstico psiquiátrico, clasificación psiquiátrica, validez, utilidad, DSM, ICD.

(*World Psychiatry* 2016;14:26–31)

En sus Observaciones Filosóficas, L. Wittgenstein comentó que "las clasificaciones efectuadas por los filósofos y los psicólogos es como si se quisieran clasificar las nubes por sus formas".¹ La metáfora es aplicable: las nubes tienen límites nebulosos, tienden a fusionarse de manera imperceptible y son arrastradas por corrientes de aire invisibles. La observación y la medición de su movimiento pronostican, dentro de un margen de error, el clima y sin embargo, la estructura física y química interna de las nubes está oculta a simple vista.

La observación aforística de Wittgenstein se aplica igualmente bien a las clasificaciones elaboradas por los psiquiatras: las descripciones conceptuales de síndromes y entidades patológicas putativas tienden a modificarse con las revisiones sucesivas de su clasificación, en relación con su utilidad para pronosticar evolución, pronóstico y posible respuesta a tratamientos disponibles, aun cuando no se comprenda del todo su estructura biológica y psicológica interna. Esto último, la búsqueda de la validez de nuestros conceptos, sigue siendo un programa abierto.

En previsión de esto, el protagonista de la nosología psiquiátrica moderna, E. Kraepelin señaló en uno de sus últimos artículos, Patrones de Trastornos Mentales, que "es necesario alejarse de clasificar las enfermedades en grupos bien definidos ordenados y establecernos la meta indudablemente más alta y más satisfactoria de comprender su estructura esencial".² Esta meta de la validez todavía no se ha alcanzado.

LA NATURALEZA DE LAS CLASIFICACIONES PSIQUIÁTRICAS

El término nosología designa la teoría sobre la naturaleza de los trastornos médicos y los principios y reglas de su clasificación. En psiquiatría, todavía estamos afrontando la interrogante recurrente sobre el estado nosológico del cerebro y trastornos mentales que constituyen el núcleo de la disciplina. ¿Estamos ocupándonos de entidades definidas o de fenómenos continuos graduados, a los cuales podemos aplicar puntos umbral para separar lo "patológico" de la "variación normal" y determinar la necesidad de tratamiento? ¿Cuál es la relación entre las manifestaciones clínicas de un trastorno y la disfunción cerebral subyacente, los procesos patológicos o las anomalías genéticas predisponentes?

No obstante los avances en la neurociencia y la genética de los trastornos psiquiátricos, muchas de las respuestas actuales a estas interrogantes son una reproducción de los debates que tuvieron lugar en los periodos más tempranos de la psiquiatría científica. Esto parece indicar que puede haber desventajas inherentes en las clasificaciones nosológicas de la psiquiatría clínica adoptada desde principios del Siglo XX y en todo su trayecto hasta las versiones actuales de DSM e ICD.

Las clasificaciones médicas se crean con el propósito principal de satisfacer necesidades pragmáticas relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento de las personas que experimentan enfermedades. Su propósito secundario es ayudar a

generar nuevos conocimientos relevantes a estas necesidades (aunque el progreso en la investigación médico suele preceder más que ser consecutivo a las mejoras en la clasificación). Afirmar simplemente que las clasificaciones médicas clasifican enfermedades (o que las clasificaciones psiquiátricas clasifican trastornos) plantea la cuestión, ya que el estado de conceptos como "enfermedad" y "trastorno" sigue siendo oscuro.³

Como lo señaló Scadding⁴, el concepto de "enfermedad" ha evolucionado con el avance de los conocimientos médicos y en la actualidad no existe más que un dispositivo "cómodo por el cual podemos referirnos sucintamente a la conclusión de un proceso diagnóstico que comienza con el reconocimiento de un patrón de síntomas y signos y prosigue, mediante la investigación de grado y complejidad variables, a una tentativa de descubrir la cadena de causalidad". Por consiguiente, "enfermedad" es un constructo explicativo que integra información sobre la desviación de la "norma" de la población; las manifestaciones clínicas características; la patología característica; las causas fundamentales; y la disminución de la aptitud biológica.

Para que un grupo de estos atributos sea designado como una "enfermedad", se debe demostrar que estas características forman una estructura correlativa en la vida real⁵, la cual debe ser estable y diferente de otras estructuras similares. El avance típico del conocimiento comienza con la identificación de las manifestaciones clínicas (el síndrome) y la desviación

de la "norma"; la comprensión de las alteraciones mentales y sus causas suele surgir mucho después. Sin embargo, no hay un punto fijo o un umbral acordado más allá del cual se puede decir que un síndrome es "una enfermedad". En la actualidad, la enfermedad de Alzheimer, con demencia como su síndrome, morfología cerebral característica, fisiopatología tentativa y causas al menos parcialmente dilucidadas, es uno de los pocos trastornos en las clasificaciones psiquiátricas que se acerca al constructo de enfermedad. La mayor parte de los "trastornos" en nuestras clasificaciones actuales son, en el mejor de los casos, descritos como síndromes⁶.

La tarea esencial en la construcción de la nosología de entidades patológicas circunscritas es identificar agrupamientos clínicos de coherencia interna basados en correlaciones establecidas entre síntomas y síndromes (la muestra representativa) y los patrones de evolución y resultados (el aspecto longitudinal). Los agrupamientos individuales se deben separar entre sí por los límites naturales demostrables o una "zona de rareza"⁷. La prueba de su validez es el grado en el cual se observan relacionadas con variables explicativas de significación estructural más profunda: factores causales potenciales, mecanismos patógenos, respuesta al tratamiento, así como estabilidad frente a variación demográfica y cultural. Sin embargo, entidades nosológicas en psiquiatría, construidas de acuerdo con tal desiderata idealizada, han tenido dificultades.

El primer problema es que, sobre los ejemplos de esquizofrenia y trastornos afectivos, el requisito de una correspondencia estrecha entre el corte transversal del trastorno y los patrones de su evolución y desenlace nunca se cumplió por completo. Las tentativas recientes para identificar en el estado temprano de alto riesgo o prodrómico, los síntomas y signos que de manera fiable pronostican la transición a la psicosis franca no han sido satisfactorios⁸. Además, se ha demostrado en estudios de seguimiento que en una proporción de las esquizofrenias inicialmente "características" puede haber restablecimiento, si bien una proporción de trastornos maníaco-depresivos "típicos" puede seguir una evolución crónica y discapacitante. Esas observaciones no se podrían reconciliar fácilmente con las suposiciones del modelo de "dicotomía" original de los dos trastornos.

El argumento de que las esquizofrenias con restablecimiento no son "verdaderos" casos del trastorno, y deben volverse a diagnosticar si ocurre un restablecimiento duradero, contradice los hallazgos de dos estudios importantes de la Organización Mundial de la Salud (OMS): el IPSS (Estudio Fundamental Internacional de la Esquizofrenia)⁹ y el estudio subsiguiente sobre Determinantes del Pronóstico de los Trastornos Mentales Graves¹⁰. En el estudio IPSS, se diagnosticaron los casos de una manera restrictiva aplicando tres series de criterios: el diagnóstico del profesional clínico de acuerdo con la ICD; el diagnóstico computacional utilizando el algoritmo CATEGO; y el agrupamiento empírico de casos mediante análisis de conglomerados, con base en las características máximas compartidas. Los pacientes que cumplieron simultáneamente las tres series de criterios fueron designados como un grupo "central" o "concordante" de esquizofrenia, que se esperaba fuese más homogéneo que el resto de los casos. Sin embargo, los datos de seguimiento no revelaron ninguna diferencia significativa en la evolución y el desenlace entre los casos concordantes y los no concordantes.

Tales hallazgos no se mantienen independientes: una serie de estudios de seguimiento recientes confirman la noción de que el agravamiento intenso no es un desenlace característico de la esquizofrenia, aun si hay de por medio un periodo de seguimiento muy prolongado. Según el informe sobre restablecimiento de la esquizofrenia por la OMS¹¹, que integró hallazgos de varios estudios de seguimiento a largo plazo realizados bajo el patrocinio de la OMS, "el hallazgo general más notable... es que el estado general actual de más de la mitad de estos sujetos –56% del grupo de incidencia y 60% del grupo con prevalencia– se evalúa como "restablecido". Casi la mitad no había presentado episodios psicóticos en los últimos dos años de seguimiento. Estos porcentajes coinciden muy bien con las evaluaciones de los síntomas actuales y el funcionamiento"¹¹. Estos hallazgos parecen indicar que el pronóstico de la esquizofrenia es un proceso dinámico abierto, cuya dirección, dentro de ciertos límites, se puede modificar en cualquier momento. Los supuestos fenómenos psicopatológicos "característicos", como los síntomas de primer orden schneiderianos¹², no parecen tener una significación para el pronóstico.

Una segunda desventaja del sistema nosológico clásico es su imposibilidad para separar de manera congruente las dos entidades de esquizofrenia y trastornos afectivos. Se ha demostrado esto por mucho tiempo, pero se consideró que la dificultad radicaba en la definición imprecisa de los criterios diagnósticos, más que en la existencia de un extenso grupo de trastornos que simplemente desafían la dicotomía y muestran las características de un "híbrido" clínico. Este grupo ha atraído diversas etiquetas diagnósticas, tales como "trastorno esquizoafectivo"¹³, o "esquizofrenias no sistemáticas"¹⁴, y se clasificó alternativamente con las esquizofrenias o con los trastornos afectivos, pero nunca encontró un lugar aceptable en ninguna de estas categorías. La existencia de tales casos "híbridos" plantea el problema de definir el límite entre los dos trastornos. Una solución alternativa es tratar la esquizofrenia de pronóstico desfavorable y los trastornos afectivos con un buen pronóstico como dos extremos de un solo proceso continuo clínico (y supuestamente genético) que podría incluir todas las clases de forma intermedias.

Un tercer problema para el cual la teoría nosológica clásica no ha logrado encontrar una solución aceptable, es la clasificación de las formas subumbral, prácticamente no patológicas, de las desviaciones cognitivas y afectivas y las personalidades inusuales que se encuentran entre los parientes biológicos de los pacientes con esquizofrenia. La importancia y la frecuencia relativa de estas variantes fueron reconocidas claramente por Bleuler¹⁵, quien acuñó el término "esquizofrenia latente", y ulteriormente fueron comunicados mediante una gran variedad de etiquetas diagnósticas: "esquizofrenia ambulatoria"¹⁶, "esquizofrenia pseudoneurótica"¹⁷, "esquizofrenia limítrofe" o "trastorno por personalidad esquizotípica"¹⁸ y, en tiempos más recientes, "síndrome psicótico atenuado"¹⁹. Ninguno de estos términos ha tenido una aceptación general ni sus criterios diagnósticos se han definido de manera inequívoca. La evidencia epidemiológica y genética ha brindado apoyo a un vínculo de estos trastornos subclínicos con la esquizofrenia "central", lo que ha fortalecido el concepto de una "gama" de la esquizofrenia²⁰. Estas formas de la gama relacionadas con los trastornos afectivos hasta ahora han recibido menos atención que los satélites no psicóticos de la esquizofrenia, pero el reconoci-

miento de un síndrome de "depresión encubierta"²¹ y la noción de un trastorno de personalidad afectiva o ciclotímica parecen indicar que también existen problemas similares en el lado afectivo de la dicotomía diagnóstica característica de los principales trastornos psiquiátricos. En la actualidad, las formas limítrofes tienen un interés terapéutico limitado, ya que la mayoría de los casos no precisan tratamiento, y existe escasa evidencia de que, si se proporciona, el tratamiento sea eficaz. Sin embargo, su importancia teórica y para la investigación es considerable, sobre todo desde el punto de vista de la genética de los trastornos psicóticos mayores.

Aunque la gama de posibles factores etiológicos que pueden originar trastornos psiquiátricos prácticamente es ilimitada, la gama de síndromes psicopatológicos, que reflejan las respuestas del cerebro a diversos factores nocivos, es limitada. Puesto que una variedad de factores etiológicos pueden producir el mismo síndrome (y a la inversa, un factor etiológico puede originar una gama de síndromes), la relación entre la etiología y el síndrome clínico es indirecta. En contraste, es posible que la relación entre el síndrome y su fisiopatología subyacente, o disfunción cerebral específica, sea mucho más estrecha. Esto se reconoció hace algún tiempo en el caso de enfermedades psiquiátricas asociadas a trastornos somáticos y cerebrales en los que la variación clínica se restringe a una serie limitada de síndromes cerebrales "orgánicos" o "tipos de reacción exógena"²². Esto se confirmó recientemente por la evidencia de que muchas enfermedades neurológicas focales, trastornos neurodegenerativos y encefalopatías autoinmunitarias pueden presentar cuadros sintomáticos que se parecen mucho a la sintomatología de los trastornos "endógenos", tales como esquizofrenia²³. En los trastornos psiquiátricos complejos, en los que la etiología es multifactorial, la investigación futura sobre mecanismos fisiopatológicos específicos podría facilitarse bastante mediante una mejor delimitación del estado sindrómico de las categorías diagnósticas, proporcionando una justificación para la instauración del síndrome como la unidad básica en versiones futuras de clasificaciones psiquiátricas.

Ninguno de los múltiples intentos de reformar la nosología de los trastornos psiquiátricos principales ha sido del todo satisfactorio. Sin duda la hipótesis noso-

lógica clásica fue un importante paso adelante, al introducir orden y detalle en un campo que previamente se había subdividido en forma caótica o arbitraria. Lo mínimo que podría decirse es que la hipótesis nosológica ayudó a dirigir la atención a aspectos que los críticos podrían oponerse o aprobar, contribuyendo así a una diversidad de puntos de vista que fue fructífera en una disciplina en vías de desarrollo como la psiquiatría. Sin embargo, una reconceptuación más fundamental de la teoría nosológica subyacente a la clasificación de los trastornos psiquiátricos precisará el desarrollo de un modelo conceptual que permita una mejor integración de los datos clínicos, neurobiológicos, genéticos y conductuales.

DSM-5 E ICD-10

Clasificar en ciencia implica formar categorías o taxonomías para ordenar objetos naturales o entidades y asignarles nombres a estas categorías. En condiciones ideales, las categorías deben explicar de manera exhaustiva y conjunta todas las posibles entidades y mutuamente exclusivas. En biología hay un acuerdo en que las clasificaciones reflejan propiedades fundamentales de los sistemas biológicos y constituyen clasificaciones "naturales". Esto no ocurre así con las clasificaciones psiquiátricas. En primer lugar, los objetos que se están clasificando en psiquiatría no son "entidades naturales", sino conceptos aclaratorios. En segundo lugar, las unidades taxonómicas de "trastorno" en el DSM-5 y la ICD-10 no forman jerarquías y no contienen conceptos organizadores supraordenados de nivel superior. Por consiguiente, el DSM-5 y la ICD-10 no son clasificaciones sistemáticas en el sentido en el cual se aplica el término en biología.

Los antropólogos sociales han postulado que un análogo a las clasificaciones psiquiátricas actuales podría identificarse en las clasificaciones autóctonas o "populares", como se les llama, de animales o plantas, las cuales no tienen jerarquías, pero pueden contener muchas reglas aplicables ad hoc²⁴. Son pragmáticas y se adaptan a las necesidades de la vida cotidiana. En ese sentido, el DSM-5 y la ICD-10 no son clasificaciones sistemáticas, sino herramientas útiles de comunicación y desempeñan un rol importante en investigación, tratamiento clínico y enseñanza.

Muchos profesionales clínicos están conscientes de que las categorías diagnósticas son constructos, justificados sólo por el hecho de que proporcionan o no proporcionan un modelo útil para organizar la experiencia clínica y hacer predicciones en torno a los desenlaces y el efecto de las decisiones de tratamiento. Sin embargo, el término genérico "trastorno" (introducido inicialmente como un nombre para la unidad de clasificación del DSM-I en 1952), no tiene correspondencia con el concepto de enfermedad o con el concepto de síndrome en las clasificaciones médicas. El dato en el cual está basada la mayor parte de las firmas diagnósticas actuales en psiquiatría, consiste principalmente en experiencias subjetivas comunicadas y patrones de conducta. Algunas de estas rúbricas se corresponden con síndromes en el sentido médico, pero muchas parecen ser síntomas aislados, conductas habituales o rasgos de la personalidad. En consecuencia, la categoría ambigua del "trastorno" crea confusión conceptual y dificulta el avance del conocimiento.

La fragmentación de la psicopatología en un gran número de "trastornos", de los cuales muchos son solamente síntomas, facilita la proliferación de diagnósticos concomitantes que borran la diferenciación entre la verdadera comorbilidad (presentación concomitante de trastornos etiológicamente independientes) y la comorbilidad falaz que puede ser una característica de síndromes unitarios multifacéticos, pero esencialmente unitarios. Por consiguiente, no es sorprendente que los trastornos, según se define en las versiones actuales del DSM y la ICD, tengan una fuerte tendencia a presentarse simultáneamente, lo que señala que las premisas "fundamentales de los esquemas diagnósticos dominantes pueden ser incorrectas"⁶.

VALIDEZ Y UTILIDAD

Si bien la fiabilidad de los diagnósticos de los psiquiatras puede mejorar sustancialmente con el empleo de criterios diagnósticos explícitos, su validez sigue siendo dudosa. Lo que se quiere decir con validez de un concepto diagnóstico en psiquiatría raras veces se describe y algunos estudios han abordado esta cuestión de manera directa. Puesto que la validez de los conceptos diagnósticos y de sus criterios definitorios es un aspecto

decisivo, es importante esclarecer lo que se implica con el término validez en el contexto del diagnóstico psiquiátrico.

La palabra "válido", derivada del latín *validus*, significa fuerte, y se define como "bien fundamentada y aplicable; lógica y hasta el detalle; contra la cual no se puede plantear una verdadera objeción"²⁵. En lógica formal, la validez es la característica de una inferencia que debe ser verdad para que todas sus premisas sean verdaderas. Sin embargo, no hay un solo significado acordado de validez en ciencia, aunque en general se acepta que el concepto aborda "la naturaleza de la realidad"²⁶, y que su definición es un "problema epistemológico y filosófico, no simplemente una cuestión de medicina"²⁷.

La atribución de validez a los conceptos científicos y teorías es de hecho una búsqueda interminable; lo que se consideraba como un conocimiento válido en el pasado, rápidamente es superado por nueva evidencia, y esta es la naturaleza del quehacer científico. En un análisis detallado del tema, Zachar²⁸ propuso el término validez comparativa para resumir el avance del conocimiento científico, que "resalta criterios racionalmente justificados que utilizamos para decir que las teorías y los modelos actuales son mejoras en teorías/modelos pasados". Del mismo modo, Aragona²⁹ analizó la "historia epistemológica" de las ediciones sucesivas del DSM, desde el DSM-I (1952) hasta el DSM-5 (2013) y llegó a la conclusión de que todos los sistemas tienen la misma perspectiva de validez como una "correspondencia con la realidad externa", con el ideal final de la validación mediante datos neurobiológicos.

En psicología, todavía es aplicable la diferenciación que hace la American Psychological Association entre validez de contenido, validez relacionada con criterio y validez de concepto,³⁰ ya que proporciona criterios para la validez de pruebas psicológicas. Al tomar prestada la terminología de la teoría psicométrica, los psiquiatras se han ocupado principalmente de la validez concomitante y predictora, en parte por su relevancia para el problema de la validez de los diagnósticos. La capacidad para pronosticar el desenlace, tanto ante la falta de tratamiento como en respuesta a tratamientos específicos, siempre ha sido un problema clave para los médicos. En un artículo original, Goodwin y Guze³¹ aseveraron que "el diagnóstico es pronóstico" y que el seguimiento es para el psiquiatra

"lo que post mortem es para el médico". Los tipos de validez que en la actualidad se emplean en el contexto del diagnóstico psiquiátrico —constructo, contenido, concomitante y predictor— se toman del ámbito de la teoría psicométrica en psicología. Pocos conceptos diagnósticos en psiquiatría cumplen estos criterios al nivel de lo estricto que normalmente es necesario para las pruebas psicológicas.

Pese a tales ambigüedades, se ha propuesto una serie de procedimientos para modificar la validez de los diagnósticos psiquiátricos ante la falta de una medida simple. En consecuencia, Robins Guze³² describió un programa con cinco componentes: descripción clínica; estudios de laboratorio; delimitación de otros trastornos; estudios de seguimiento; y estudios de familia. Este esquema más tarde fue detallado por Kendler³³, quien distinguió entre criterios de validación precedentes (agregación familiar, personalidad prepatológica, factores desencadenantes); criterios de validación concomitantes (por ejemplo, pruebas psicológicas); y criterios de validación predictores (congruencia diagnóstica en el curso del tiempo, tasas de recaídas y restablecimiento, respuesta al tratamiento). Andreasen³⁴ ha propuesto otros criterios de validación más, como los hallazgos de genética molecular, neuroquímica, neuroanatomía, neurofisiología y neurociencia cognitiva, señalando que "la validación de los diagnósticos psiquiátricos los establece como entidades verdaderas".

Tales criterios de procedimiento implícitamente presuponen que los trastornos psiquiátricos son entidades distintivas, ignorando la posibilidad de que los trastornos podrían fusionarse en otro sin límites claros entre ellos. Sin embargo, existe evidencia creciente de una predisposición genética imbricada con esquizofrenia y trastorno bipolar, así como con trastornos aparentemente no relacionados, tales como trastornos de la gama del autismo, discapacidad intelectual y, posiblemente, epilepsia. Es igualmente probable que los mismos factores ambientales puedan contribuir a varios síndromes diferentes. En caso de que estos hallazgos se reproduzcan sistemáticamente, sería considerable su repercusión en las clasificaciones psiquiátricas futuras. Se ha propuesto que las variaciones en la sintomatología psiquiátrica podrían de hecho representarse mejor entre "una matriz ordenada de dimensiones de agrupamientos de síntomas"³⁵ que por una serie de categorías circunscritas.

Sin embargo, sería prematuro a este momento descartar las entidades categóricas actuales.

En contraste con la validez, puede decirse que una rúbrica diagnóstica posee utilidad si proporciona información no trivial sobre el pronóstico y posibles resultados del tratamiento, o proposiciones evaluables sobre correlaciones biológicas y sociales⁷. El término utilidad fue utilizado inicialmente en este sentido por Meehl³⁶, quien señaló que "el argumento fundamental para la utilidad del diagnóstico formal... equivale a la misma cosa que uno diría para defender el diagnóstico formal en medicina orgánica. Uno sostiene que hay una cantidad suficiente de homogeneidad etiológica y de pronóstico en pacientes que pertenecen a un determinado grupo diagnóstico, de manera que la asignación de un paciente a este grupo tiene implicaciones de probabilidad, lo cual es clínicamente ilógico de ignorar"³⁶.

Casi todos los conceptos diagnósticos enumerados en las clasificaciones contemporáneas como el DSM-5 y la ICD-10 son útiles para los profesionales clínicos, independientemente de que la categoría en cuestión sea o no válida, ya que proporcionan información sobre la probabilidad de restablecimiento, recaída, agravamiento y desventaja social; sirven de guía para las decisiones de tratamiento, describen síntomas característicos o guían la investigación hacia la etiología del síndrome. Sin embargo, existe una diferencia decisiva entre la validez y la utilidad. La validez es por definición una atribución invariable a una categoría diagnóstica: puede haber incertidumbre en torno a su justificación, dada la falta de información científica relevante, pero en principio, una categoría no puede ser "parcialmente" válida⁷. La utilidad, por otra parte, es una característica gradual, creciente, que en parte es específica de contexto. La esquizofrenia puede ser un concepto inestimable para los psiquiatras que ejercen, pero de uso cuestionable para los investigadores que exploran la base genética de la psicosis. Por ejemplo, la definición de la esquizofrenia en el DSM-5 es útil para pronosticar el desenlace, debido a que tiene inherente cierto grado de cronicidad. Sin embargo, una definición más amplia, que abarque una "gama de la esquizofrenia" heterogénea, es más útil para definir un síndrome con una gran tendencia hereditaria para la investigación genética.

LA PERSPECTIVA DE LA GENÉTICA PSIQUIÁTRICA

¿Puede la genética psiquiátrica aportar información sobre la nosología de los trastornos mentales? No hace mucho tiempo, los hallazgos tentativos de relaciones superpuestas entre genes putativos (NRG1, DTBP1, G72/G30, DISC1, DISC2) en la esquizofrenia y los trastornos afectivos definidos según el DSM-IV, plantearon la expectativa de que "en los próximos años, la genética molecular catalizará una reevaluación de la nosología psiquiátrica" al conceptualizar "una gama de fenotipos clínicos con susceptibilidad conferida por series superpuestas de genes"³⁷.

Tal reevaluación no ha ocurrido. Sin embargo, los estudios recientes de asociación de todo el genoma (GWAS), que incluyen extensas muestras combinadas por consorcios en múltiples centros de investigación, en realidad han identificado variación genética compartida de polimorfismos de un solo nucleótido comunes en la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión mayor, la gama del autismo y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad³⁸. El principal factor que contribuyó a estos hallazgos fue la variación en los genes para la actividad del canal del calcio (CACNA1C y CACNB2), que parece tener efectos pleótopos sobre una gama de alteraciones mentales. Estos hallazgos reforzaron la esperanza de que, de un modo similar a las disciplinas médicas como la oncología y la cardiología, la psiquiatría podría desplazarse "más allá de síndromes descriptivos hacia una nosología informada por la causa de la enfermedad"³⁹.

El apoyo adicional a una serie común transdiagnóstica de variantes genómicas subyacentes a los riesgos de susceptibilidad provino del GWAS más extenso efectuado hasta ahora sobre la esquizofrenia⁴⁰, el cual reveló múltiples polimorfismos comunes que convergen en genes individuales y vías moleculares definibles en el cerebro, que afectan las funciones sinápticas glutamatérgicas y de los canales del calcio, y que contribuyen de manera muy importante al sistema inmunitario. Es importante que hubiese evidencia de imbricación entre variaciones infrecuentes en el número de copias relacionadas con la esquizofrenia y mutaciones de novo raras observadas en la discapacidad intelectual y en los trastornos de la gama del autismo. Sin

embargo, en vez de una reevaluación inminente de la clasificación psiquiátrica, estos hallazgos nuevos se suman a la tremenda complejidad del problema del genotipo-fenotipo en los trastornos mentales comunes.

En un análisis reciente, Kendler⁴¹ describió "posibles escenarios" de coherencia biológica en los hallazgos genómicos, que fluctuaban desde una escasa coherencia (los síndromes clínicos no tienen fisiopatología subyacente específica) a una alta coherencia (genes de riesgo y polimorfismos que se registran en una sola vía biológica subyacente a un proceso patológico simple). Puesto que los trastornos psiquiátricos son significativamente más heterogéneos que otros trastornos complejos, la mayor heterogeneidad significa también mayor complejidad, y los rasgos emergentes del sistema "mente-cerebro" pueden estar "más remotos a los efectos de genes individuales que los observados en otros tejidos". Por estos motivos, no es recomendable que, bajo el amparo de nuevos hallazgos importantes, instemos a una revolución prematura de la nosología psiquiátrica.

CONCLUSIÓN: EL CAMINO HACIA ADELANTE

Los manuales diagnósticos actuales, la ICD y el DSM, son clasificaciones de conceptos diagnósticos actuales y no de "clases naturales" como personas o enfermedades. Existe escasa evidencia de que la mayor parte de los trastornos mentales reconocidos, incluida la psicosis, estén separados por límites naturales. Hay una comprensión creciente, respaldada por avances recientes en la investigación genética y neurobiológica, de que muchas de las categorías diagnósticas actuales son fenotipos terminales para redes de genes heterogéneas, vías fisiopatológicas y modificadores ambientales. Probablemente en el futuro veremos una mayor experimentación con clasificaciones basadas en investigación y herramientas diagnósticas, enfocadas en mejorar y refinar la utilidad clínica de los modelos categóricos y dimensionales de las alteraciones mentales, y buscar una conciliación entre los dos, que conduzca a la concordancia.

Parafraseando la premisa de Jaspers⁴², la validez es una "idea en el sentido de la palabra de Kant... un objetivo que no se puede alcanzar puesto que

nunca termina, pero de todas maneras señala la vía para la investigación fructífera y aporta un punto válido de orientación para las investigaciones empíricas específicas". Esto significa que nuestra principal preocupación debiera ser el refinamiento progresivo de la utilidad de los conceptos y herramientas diagnósticas, hacia la intensificación de su exactitud fenomenológica, factor predictor y capacidad para guiar el tratamiento enfocado en la persona, así como las decisiones de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wittgenstein L. Philosophical remarks. Chicago: University of Chicago Press, 1975.
2. Kraepelin E. Patterns of mental disorder. In: Hirsch SR, Shepherd M (eds). Themes and variations in European psychiatry. Bristol: Wright, 1974/1920:7-30.
3. Jablensky A, Kendell RE. Criteria for assessing a classification in psychiatry. In: Maj M, Gaebel W, Lopez-Ibor JJ et al (eds). Psychiatric diagnosis and classification. Chichester: Wiley, 2002:1-24.
4. Scadding JG. Essentialism and nominalism in medicine: logic of diagnosis in disease terminology. Lancet 1996;348:594-6.
5. Rosch E. Cognitive reference points. Cogn Psychol 1975;7:532-47.
6. Sullivan PF, Kendler KS. Typology of common psychiatric syndromes. An empirical study. Br J Psychiatry 1998; 173:312-9.
7. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. Am J Psychiatry 2003;160:4-12.
8. Fusar-Poli P, Bechdolf A, Taylor MJ et al. At risk for schizophrenic or affective psychoses? A metaanalysis of DSM/ICD diagnostic outcomes in individuals at high clinical risk. Schizophr Bull 2013; 39:923-32.
9. World Health Organization. Schizophrenia: an international follow-up study. Chichester: Wiley, 1979.
10. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. Psychol Med 1992, Monograph Supplement 20.
11. Hopper K, Harrison G, Janca A et al (eds). Recovery from schizophrenia: an international perspective. New York: Oxford University Press, 2007.
12. Parnas J. DSM-IV and the founding prototype of schizophrenia: are we regres-

- sing to a pre-Kraepelinian nosology? In: Kendler KS, Parnas J (eds). *Philosophical issues in psychiatry II: Nosology*. Oxford: Oxford University Press, 2012: 237-59.
13. Kasanin J. The acute schizoaffective psychosis. *Am J Psychiatry* 1933;90:97-126.
 14. Leonhard K. *Classification of endogenous psychoses and their differentiated etiology*. Wien: Springer, 1995.
 15. Bleuler E. *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin: Springer, 1920.
 16. Zilboorg G. Ambulatory schizophrenia. *Psychiatry* 1941;4:149-55.
 17. Hoch PH, Polatin P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatr Q* 1949; 23:248-76.
 18. Kety S. Schizophrenic illness in the families of schizophrenic adoptees: findings from the Danish national sample. *Schizophr Bull* 1988; 14:217-22.
 19. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.
 20. Kendler KS, Gruenberg AM, Kinney DK. Independent diagnoses of adoptees and relatives as defined by DSM-III in the provincial and national samples of the Danish Adoption Study of Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:456-68.
 21. Kielholz P. The concept of masked depression. *Encephale* 1979;5(Suppl. 5):459-62.
 22. Bonhoeffer K. Die Psychosen im Befolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen un inneren Erkrankungen. In: Aschaffenburg G (ed). *Handbuch der Psychiatrie*. Leipzig: Deuticke, 1912:1-110.
 23. Cardinal RN, Bullmore ET. The diagnosis of psychosis. Cambridge: Cambridge University Press, 2011:10-117.
 24. Blashfield RK. Structural approaches to classification. In: Millon T, Klerman GL (eds). *Contemporary directions in psychopathology: towards the DSM-IV*. New York: Guilford, 1985:363-80.
 25. *The Shorter Oxford English Dictionary*, 3rd ed. Oxford: Clarendon Press, 1978.
 26. Kerlinger FN. *Foundations of behavioural research*, 2nd ed. London: Holt, Reinhart & Winston, 1973.
 27. Galtung J. *Theory and methods of social research*. Oslo: Universitetsforlaget, 1969.
 28. Zachar P. Progress and calibration of scientific constructs: the role of comparative validity. In: Kendler KS, Parnas J. *Philosophical issues in psychiatry II: Nosology*. Oxford: Oxford University Press, 2012:21-34.
 29. Aragona M. Rethinking received views on the history of psychiatric nosology: minor shifts, major continuities. In: Zachar P, Stoyanov DS, Aragona M et al (eds). *Alternative perspectives on psychiatric validation*. Oxford: Oxford University Press, 2015:27-46.
 30. American Psychological Association. *Standards for educational and psychological tests and manuals*. Washington: American Psychological Association, 1966.
 31. Goodwin DW, Guze SB. Preface. In: Goodwin DW, Guze SB (eds). *Psychiatric diagnosis*. New York: Oxford University Press, 1974:ix-xii.
 32. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970;126:983-7.
 33. Kendler KS. The nosologic validity of paranoia (simple delusional disorder): a review. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37: 699-706.
 34. Andreasen NC. The validation of psychiatric diagnosis: new models and approaches. *Am J Psychiatry* 1995;152: 161-2.
 35. Widiger TA, Clark LA. Towards DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychol Bull* 2000;126:946-63.
 36. Meehl PE. *Psychodiagnosis*. In: *Selected papers*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1959.
 37. Owen MJ, Craddock N, Jablensky A. The genetic deconstruction of psychosis. *Schizophr Bull* 2007;33:905-11.
 38. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium, Lee SH, Ripke S et al. Genetic relationship between five psychiatric disorders estimated from genome-wide SNPs. *Nat Genet* 2013;9: 984-94.
 39. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *Lancet* 2013;381:1371-9.
 40. Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomic Consortium. Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci. *Nature* 2014;511: 421-7.
 41. Kendler KS. What psychiatric genetics has taught us about the nature of psychiatric illness and what is left to learn. *Mol Psychiatry* 2013;18:1058-66.
 42. Jaspers K. *General psychopathology*. Chicago: University of Chicago Press, 1963.

DOI:10.1002/wps.20284

Un balance sobre la utilidad del diagnóstico psiquiátrico

Las controversias en torno a la utilidad del diagnóstico médico y su relación con el tratamiento tuvieron su origen hace 2500 años. Los dos principales centros de ejercicio médico estaban localizados entonces en las colonias griegas de Cnido y Cos. En conjunto habían revolucionado la teoría sobre las enfermedades al sustituir un modelo biológico secular de causalidad por la creencia previa en el castigo divino. Pero las dos escuelas de pensamiento tenían considerables diferencias por lo que respecta al diagnóstico y enfoque terapéutico. En Cnido, se resaltaba mucho el diagnóstico específico y el tratamiento específico acompañante. En Cos bajo la influencia de Hipócrates, el enfoque contrastante era que tenía más importancia conocer al paciente que padecía la enfermedad que la enfermedad que padecía el paciente. Ninguno de estos dos modelos es adecuado para todas las épocas y todos los cuadros clínicos de los pacientes. Cuanto más comprendemos el proceso de la enfermedad, tanto más valioso resulta un diagnóstico específico y un tratamiento específico. Sin embargo, con demasiada frecuencia en la historia de la medicina, la teoría y la práctica se han extendido a un alcance que ha superado mucho lo que comprenden.

Casi todas las teorías médicas han resultado ser falsas y muchos de los tratamientos médicos que justificaban han resultado ser peligrosos, a veces mortales. Los médicos con confianza efectuaban sangrías a sus pacientes; los purgaban con eméticos y catárticos, los alimentaban con toxinas de metales pesados; los hacían entrar en calor y luego en frío. Los pacientes seguían regresando por más pruebas del poder del efecto placebo y de la confianza (a veces excesiva) otorgada a los médicos. Los avances milagrosos recientes en la comprensión científica de la genética, la biología molecular y el funcionamiento de los órganos han inspirado gran esperanza en que pronto tendremos una comprensión fundamental de los diversos procesos patológicos y tratamientos específicos para curarlos. Esta expectativa hasta ahora en su mayor parte no se ha satisfecho. Existe una brecha enorme y en su mayor parte no cubierta entre las ciencias médicas básicas y el ejercicio clínico. Cuanto más aprendemos sobre el cuerpo, tanto más aprende-

mos lo que no sabemos y cuán complicada y heterogénea es la patogenia de las enfermedades. Y a pesar de las modas exageradas, gran parte de la investigación médica resulta estar simplemente equivocada debido a que los métodos utilizados son inadecuados; los sesgos y los conflictos de interés profundos; y los datos mal interpretados o interpretados en exceso¹.

Los umbrales diagnósticos apropiados y los criterios para definir y diagnosticar la mayor parte de las enfermedades siguen siendo controvertibles. No hay una línea brillante que separe la diabetes, la hipertensión, la osteoporosis o incluso muchas células cancerosas de lo normal. Como siempre, la medicina científica se ha sobrevenido y sobrecomprado: un triunfo recurrente de la esperanza sobre la experiencia. En el proceso, el énfasis hipocrático en la relación médico/paciente, la curación natural y el no hacer daño se ha subvaluado considerablemente. La mayoría de los médicos tratan pruebas de laboratorio, no a pacientes; los fármacos de dispensan sin cuidado a los que resultan más dañados que ayudados por ellos; y los errores médicos son la tercera causa principal de muerte en Estados Unidos.

Todas las limitaciones inherentes y generalizadas de la medicina científica se exageran en la psiquiatría, en virtud de que su órgano de interés elegido como objetivo es la entidad más compleja en el universo conocido. Si aún no hemos avanzado mucho en lidiar con el cáncer de mama, el órgano más simple del cuerpo, ¿Cómo podemos esperar respuestas simples al acertijo de los trastornos psiquiátricos, originado por disfunciones notablemente heterogéneas de su órgano más complejo?

He conocido y he admirado a A. Jablensky durante casi 30 años y respaldo por completo su resumen maestro del estado actual del diagnóstico psiquiátrico². No encuentro nada con lo cual no esté de acuerdo en su análisis general de la relación entre la utilidad clínica y la validez. Nuestros sistemas actuales de diagnóstico psiquiátrico son todas aproximaciones burdas y heterogéneas que parecerán absurdas e inválidas a medida que lenta y dolorosamente adquiramos un conocimiento más profundo. Probablemente no habrá algún resultado al alcance de la mano en lo que respecta a

hallar explicaciones genéticas, hallazgos en imágenes característicos o nuevos tratamientos. La mayor parte de los estudios no se reproducirán y ahora muchos callejones aparentemente promisorios pero sin salida. No obstante, no debiéramos tampoco subestimar la necesidad actual del diagnóstico psiquiátrico y su utilidad clínica en el tratamiento de los pacientes.

El DSM-III fue una respuesta a la crisis grave de confianza en la credibilidad de la psiquiatría. Introdujo dos innovaciones importantes que modificaron radicalmente el diagnóstico psiquiátrico y restablecieron temporalmente la confianza: los criterios operacionales para aumentar la fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico y el sistema multiaxial para incrementar su amplitud. Todo a partir del DSM-III ha sido un poco más que una nota al pie y a menudo ha producido más daño que bien.

Hagamos un breve balance de los efectos positivos y negativos del DSM en los principales dominios de su influencia:

Clinico. Un sistema diagnóstico fiable es esencial para la comunicación clínica significativa. En la medida en que las series de criterios del DSM mejoran la fiabilidad, ayudan a los médicos a hablar un lenguaje común y a relacionar los hallazgos de la investigación con el ejercicio clínico. Pero la fiabilidad no es inherente solo a la forma en que se redactan los criterios; también depende de cuán bien se apliquen. Triste pero es verdad, muchos profesionales clínicos no están bien versados en las series de criterios y siguen hablando lenguas diagnósticas idiosincrásicas.

Educación. La buena noticia es que los criterios del DSM son una herramienta de capacitación útil para el diagnóstico psiquiátrico, pero esta es abrumada por las malas noticias de que un enfoque reduccionista en los criterios a menudo ha reemplazado a lo que solía ser una valoración mucho más equilibrada de la persona que tiene los síntomas. No confío en los profesionales clínicos que no conocen los criterios del DSM, pero igualmente no confío en los clínicos que se enfocan únicamente en los criterios del DSM y están ciegos a la complejidad de la vida y la naturaleza humana.

Investigación. El sistema del DSM que parecía ofrecer tal herramienta de

investigación promisorio no ha logrado cumplir las expectativas y ya no guía en gran parte a la investigación psiquiátrica más reciente. Resultó que los trastornos mentales del DSM son demasiado heterogéneos para permitir respuestas simples a la investigación. El modelo de criterios de dominios de investigación establecido en Estados Unidos por el National Institute of Mental Health también ahora está prometiendo mucho, pero la enseñanza del pasado es que la investigación del cerebro es emocionante y esencial, pero extraordinariamente difícil y a menudo irrelevante para el ejercicio clínico. Los avances en la comprensión de las enfermedades mentales han sido, y seguirán siendo, frustrantemente lentos cualquiera sea el método que se utilice³.

Epidemiología. Era imposible recopilar estadística significativa sobre las tasas de trastornos mentales antes que existiese una forma fiable de diagnosticarlas. Aunque útil en epidemiología, el sistema basado en criterios del DSM se ha aplicado de una manera sistemáticamente sesgada para exagerar las tasas. En los límites inherentemente nebulosos entre lo normal y el trastorno, la única delimitación (aunque sea falible) es el que exista o no exista perturbación o alteración clínicamente significativa. El gran número de evaluaciones necesarias en la investigación epidemiológica impide el empleo de profesionales clínicos costosos y por tanto no puede evaluar la significancia clínica. Por tanto, los síntomas leves son designados incorrectamente como trastornos mentales y las prevalencias notificadas son límites superiores, no verdaderas tasas⁴.

Forense. El DSM-III parecía proporcionar un lenguaje común que podría reducir la babel del testimonio psiquiátrico de expertos opuestos en los procedimientos forenses. En cierto grado ha mejorado el testimonio, pero todavía se suele mal utilizar y utilizar bien. Las presiones creadas por el sistema legal adversario fomentan las malas interpre-

taciones tortuosas de las series de criterios que el lenguaje del DSM insuficientemente preciso no puede evitar. Los malos usos notorios del diagnóstico psiquiátrico siguen siendo un problema importante en los procesos judiciales⁵.

Probablemente comprendo las debilidades del diagnóstico basado en el DSM tan bien como cualquiera, pero todavía aprecio su utilidad. Los oponentes del diagnóstico psiquiátrico a menudo tienen un propósito unilateral y simplista: utilizar su debilidad para aducir por la abolición completa del diagnóstico psiquiátrico. El informe ampliamente publicado de la British Psychological Society: “Comprensión de la psicosis y la esquizofrenia” es un ejemplo destacado⁶. En su esfuerzo por demostrar que el diagnóstico psiquiátrico es innecesario y hace más daño que bien, el informe incorrectamente agrupa juntas todas las utilidades tan diferentes de la “psicosis” y borra las diferenciaciones esenciales que ofrecen, perdiendo así la precisión crucial para el pronóstico y el tratamiento.

Se utiliza “psicosis” en por lo menos seis diferentes formas que se pueden desentrañar después de un diagnóstico diferencial concienzudo. Cada una tiene implicaciones muy diferentes con respecto a gravedad, cronicidad, importancia clínica, causalidad y tratamiento: a) “psicosis” mal utilizada para describir a alguien que esporádicamente experimenta alucinaciones (esto pasó por alto el hecho de que un 10% del público en general informa haber tenido una alucinación y un 20% han tenido un encuentro directo con un ángel o un demonio; “el término psicosis” se debiera reservar solo para los que no pueden evaluar en realidad la alucinación y que también tienen perturbación y alteración significativas concomitantes en su funcionamiento interpersonal y vocacional); b) psicosis causada por intoxicación o abstinencia de alcohol, una medicación, o una droga de la calle; c) psicosis debida a enfermedad médica o neurológica; d) psicosis breve (un trastor-

no mental transitorio con pronóstico excelente y sin motivo para esperar una alteración a largo plazo); e) psicosis que ocurre (por lo general en forma episódica) como parte de un trastorno bipolar o depresivo mayor; f) psicosis que ocurre como una manifestación primaria, a menudo debilitante y crónica en la esquizofrenia y en el trastorno delirante.

El informe “Comprensión de la psicosis y la esquizofrenia” hace afirmaciones amplias sobre el rol de la medicación y las intervenciones psicosociales que esencialmente no tienen sentido, pues muy ciertamente no hay un criterio que se adapte a todos los diagnósticos vagamente cubiertos con el término vago de “psicosis”. El lenguaje más preciso del diagnóstico psiquiátrico ahorra información preciosa que es absolutamente necesaria para la atención clínica responsable.

No importa cuán limitado sea el poder explicativo de nuestro sistema diagnóstico actual, es una gran tontería ignorar su gran utilidad clínica. Lo excelente a veces es enemigo de lo bueno. Esperar demasiado del sistema diagnóstico conduce a los críticos a ignorar su utilidad y necesidad. Debiéramos todos sentirnos agradecidos con A. Jablensky por su descripción clara y académica de los problemas y de reestablecer las expectativas.

Allen Frances

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Duke University, Durham, NC, USA.

1. Ioannidis J. PLoS Med 2005;2:e124.
2. Jablensky A. World Psychiatry 2016;15:26-31.
3. Frances A. World Psychiatry 2014;1:47-9.
4. Frances A. Epidemiology miscounts: systematic bias leads to misleading rates. www.psychiatrytimes.com.
5. Frances A, Sreenivasan S, Weinberger L. J Am Acad Psychiatry Law 2008;36:375-84.
6. British Psychological Society. Understanding psychosis and schizophrenia. www.bps.org.uk.

DOI:10.1002/wps.20285

Contra la utilidad

“Cuanto más palpable y práctica sea la clasificación, tanto mejor; si no puede ser perfecta, que sea útil.”¹

El artículo de Jablensky² plantea un argumento convincente de que las categorías diagnósticas psiquiátricas de la actualidad no logran cumplir la validez

de constructo unietiológico completo según se determina por la prueba de zonas de rareza, un punto importante que se reconoce ampliamente. Sin embargo, sus conclusiones adicionales en relación con la utilidad como una meta nosológica alternativa no están justificadas.

La defensa de las propuestas nosológicas basadas en la utilidad es una receta para argumentos infructuosos que menoscaban la consecución de bases científicas para el diagnóstico. Esto fue un problema con los debates del DSM-5. Las discusiones en torno a las principales propuestas, como eliminar el criterio de

exclusión del duelo o la adopción del modelo de trastorno de la personalidad alternativo del DSM-5, que debieran haberse mantenido enfocadas en la validez, se desviaron hacia argumentos sobre la utilidad, lo que oscureció los aspectos científicos cruciales.

Los argumentos de Jablensky no respaldan sus conclusiones. Su punto fundamental es el énfasis en zonas de rareza de síntomas como la prueba fundamental de la validez de constructo. La prueba de las zonas de rareza, planteada de manera influyente por Kendell y Jablensky³, ha tenido consecuencias momentáneas para la nosología: el fracaso de las categorías diagnósticas actuales para aprobar esta prueba ha respaldado la tendencia hacia la dimensionalización que se convirtió en una de las metas de la rúbrica del DSM-5, a pesar de que tarde o temprano en su mayor parte se abandonó. Para una doctrina de tal importancia, la prueba de zonas de rareza ha estado sujeta a sorprendentemente escasa discusión crítica.

Cabe hacer notar que la prueba aborda más de solo discontinuidades de los síntomas. Habiéndose enfocado inicialmente en una prueba de zonas de rareza de síntomas para evaluar las tipologías de la depresión, Kendell se percató de la limitaciones de este enfoque y expandió la evidencia permisible de validez para incluir no solo zonas de rareza de síntomas que revelaban distribuciones de síntomas discontinuas, sino también distribuciones continuas de síntomas que tenían correlaciones discontinuas con variables como pronóstico, evolución y respuesta al tratamiento⁴. Este enfoque expandido fue utilizado en estudios clásicos para argumentar que, por ejemplo, la depresión subumbral no es categóricamente diferente de la depresión mayor.

El problema con la prueba de zonas de rareza, no obstante, es que en primer lugar malinterpreta lo que es más esencial en la búsqueda de la validez para distinguir los trastornos, es decir, la discontinuidad explicativa, en la cual hay causas divergentes (una disfunción frente a otra, o una disfunción frente a la normalidad); y en segundo lugar, presupone de manera falaz que tal vez discontinuidades estructurales y explicativas se deben asociar a discontinuidades superficiales de síntomas de zona de rareza/desenlaces. Aunque las zonas de rareza indican discontinuidades explicativas, la falta de estas zonas no implica la falta de discontinuidad explicativa. Como lo observó el propio Kendell, “ciertamente la imposibilidad para demostrar la discontinuidad

en la sintomatología nunca puede demostrar que los trastornos en cuestión no sean entidades distintas”⁴.

Existen infinidad de escenarios en los cuales las causas de disfunción divergentes no se manifestarían en zonas de rareza de síntomas o desenlaces. Pueden existir discontinuidades de función y disfunción, pero no ser fácilmente detectables en comparación con el fondo de distribución normal. Los criterios diagnósticos pueden mezclar indicadores considerablemente superpuestos con la normalidad con otros indicadores que son más indicativos de alteraciones patológicas, de manera que se oscurecen las discontinuidades, un postulado a veces planteado sobre los criterios de depresión mayor del DSM. Los números significativos de resultados positivos falsos y negativos falsos a cada lado de un límite pueden crear la impresión de continuidad en donde no existe ninguna.

Un motivo más sustancial es que los módulos mentales que intervienen en diferentes facetas del procesamiento psicológico están ricamente vinculados y hay un enorme grado de penetrabilidad mutua por los sistemas mentales debido a su alta necesidad de coordinación. En consecuencia, es posible que una disfunción en un módulo cree síntomas “concomitantes” en módulos interactivos, ya que los desenlaces generados por la disfunción actúan como factores desviadores en los sistemas vinculados. Esto tendería a crear el aspecto de continuidad de los síntomas pese a la heterogeneidad etiológica.

Así mismo, la distinción categórica entre la disfunción y la normalidad pueden depender de consideraciones teóricas muy abstractas, como el rango naturalmente selecto de una variable, y esta discontinuidad explicativa abstracta puede no reflejarse en síntomas y distribuciones de resultados. Así que, por ejemplo, la capacidad para desprenderse en ocasiones de reglas sociales puede ser adaptativo como parte del repertorio social-relacional, pero si una persona tiene una fuerte tendencia en esa dirección y esto interactúa con bajos grados de mecanismos inhibidores y de ansiedad compensadores, puede sobrevenir una personalidad antisocial, y esto puede sacar al sistema global de la gama naturalmente selecta y minar la función biológicamente diseñada de los mecanismos sociales-relacionales.

Dadas las dificultades de lograr la validez, hay quienes aducen que las revisiones diagnósticas se debieran basar en análisis de costo-beneficio, utilidad clínica, acepta-

bilidad de usuario, y lo que sea de ayuda para los pacientes. Ciertamente, tales consideraciones debieran ponderarse con mucho cuidado, pero solo como un complemento pragmático a posteriori a la validez, siendo ésta el árbitro contundente en la formulación de criterios diagnósticos.

La utilidad y el análisis de costo/beneficio implican criterios de valor subjetivo en su esencia. Quienes se oponen a ambas partes del debate del DSM-5 citan la utilidad y los beneficios para los profesionales clínicos como justificaciones de sus posturas, sin alguna forma clara de adjudicar tales planteamientos, oscureciendo retóricamente los aspectos de la validez. Juzgar la utilidad más que apearse a la validez infla indebidamente las pretensiones morales de la profesión.

Los intentos por definir la utilidad como diferente a la validez acaban en el Escala de la trivialidad no científica –dado que una vez que se abre la puerta de la “utilidad como separada de la validez”, casi cualquier preferencia idiosincrásica puede surgir (por ejemplo, familiaridad del usuario, cobertura de reembolso)– o, si se define la utilidad en términos más estrechos para hacerla diagnósticamente beneficiosa, en el Caribdis de la redundancia con validez parcial.

Al basarse en precedentes históricos sobre la credibilidad, la dicotomía de Jablensky adolece del último problema, generando una distinción sin una diferencia. Jablensky cita a P. Meehl como el autor que originó esta noción de utilidad, pero en el pasaje citado Meehl simplemente explica la utilidad de contar con diagnósticos validos por contraposición a no diagnosticar nada, y la “utilidad” de Meehl fue definida por las características de validez fundamental de la “homogeneidad etiológica y de pronóstico”⁵. Así mismo, Kendell y Jablensky³ citaron a R. Spitzer, pero en realidad él equiparó la utilidad clínica con la validez y consideró que ambas reflejan información sobre validez estándar en torno a etiología, factores de riesgo, evolución, antecedentes familiares y respuestas al tratamiento. Jablensky también cita la distinción de Kraepelin entre el agrupamiento de trastornos y el restablecimiento de su esencia patológica, pero reconocidamente Kraepelin vio el agrupamiento como un camino a la validez. Así que en estos textos clásicos no hay un respaldo para una distinción entre validez y utilidad en los objetivos nosológicos fundamentales.

Al propio intento definitorio de Jablensky no le va mejor. Afirma que estamos buscando síndromes con “utili-

dad para pronosticar la evolución, el pronóstico y posiblemente la respuestas a los tratamientos disponibles”, y sin embargo, la evolución, el pronóstico y la respuesta al tratamiento están íntimamente relacionados con la validez. Kraepelin insigne utilizó la evolución y el pronóstico para validar las distinciones nosológicas, y Klein⁶, célebremente utilizó comparaciones de la respuesta al tratamiento (“dissección farmacológica”) para revelar constructos diagnósticos divergentes y refinar la validez. Así que la diferencia postulada por Jablensky entre la validez y la utilidad parece ser meramente la diferencia entre formas más y menos perfectas de validez.

El análisis de Jablensky encaja en lo perfecto es enemigo de lo bueno. Eleva la meta ideal de la validez de una etiología simple a la única forma de validez, cuando de hecho la validez es diversa, fluctuando desde la validez conceptual (que satisfactoriamente distingue lo normal de los estados de trastorno)⁷, pasa por muchas formas de validez parcial (que denotan diversas homogeneidades

entre las disfunciones adyacentes a un dominio de trastornos) y llega hasta la validez de constructo de una sola causa. Luego, una vez que la validez queda fuera de alcance (y se impulsa más fuera de alcance al abarcar un criterio falso de validez de zona de rareza), defiende un enfoque alternativo en la utilidad.

Como mi epígrafe de un artículo publicado en 1843¹ lo refleja, la idea de que las dificultades para alcanzar la validez en la clasificación nosológica debieran inducirnos a reenfocarnos en la utilidad no es nueva. Sin embargo, en vez de “si no puede ser perfecto, que sea útil”, yo sugeriría la premisa “si los criterios diagnósticos no pueden ser perfectamente válidos, que sean lo más válidos que sea posible”. Esta debiera ser nuestra meta, y a la larga sería de utilidad.

Los despliegues recientes de la utilidad como una justificación nosológica en ambos lados de diversas disputas parecen indicar también una paráfrasis del comentario de W. James sobre el inconsciente⁸: la utilidad “es el medio

soberano de creer en lo que a uno le gusta en psicología, y convertir lo que podría ser una ciencia en una base tambaleante de caprichos”.

Jerome C. Wakefield

School of Social Work and Department of Psychiatry, New York University, New York, NY, USA.

1. Johnson H. *Prov Med J Retrospect Med Sci* 1843;6:472-3.
2. Jablensky A. *World Psychiatry* 2016;15:26-31.
3. Kendell R, Jablensky A. *Am J Psychiatry* 2003;160:4-12.
4. Kendell RE, Brockington IF. *Br J Psychiatry* 1980;137:324-31.
5. Meehl PE. *Psychodiagnosis*. In: Selected papers. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1959.
6. Klein DF. *Mod Probl Pharmacopsychiatry* 1987;22:1-35.
7. Wakefield JC. *Am Psychol* 1992;47:73-88.
8. James W. *Principles of psychology*, Vol. 2. New York: Holt, 1890.

DOI:10.1002/wps.20286

La utilidad sin validez es inútil

El artículo de A. Jablensky¹ plantea interrogantes importantes de muchos tipos. En este comentario, dadas las limitaciones de espacio, no consideraré la evidencia relacionada con la evolución clínica como un criterio de validación diagnóstica en la esquizofrenia o la imbricación entre la psicosis y los trastornos afectivos, ni los puntos de vista nosológicos de K. Jaspers, excepto para señalar que existen otras interpretaciones que no concordarían con la perspectiva de Jablensky. El principal enfoque aquí será en cambio en determinar si el concepto de utilidad puede o debiera ser la base de la nosología psiquiátrica.

La suposición central en el artículo de Jablensky es la afirmación, hecha de pasada, de que las clasificaciones médicas tienen como propósito primario necesidades pragmáticas, y sólo de manera secundaria la generación de nuevos conocimientos. Aquí está el núcleo del debate de la validez frente a la utilidad. Sin embargo, existe otra forma de pensamiento sobre la cuestión. Hace casi un siglo, A. Lewis² señaló: “Las clasificaciones pueden ser útiles para los fines equivocados... el personal clínico puede nunca llegar a ver cuán viciosas son las aplicaciones a las que ha estado aplicando su clasificación”.

Contra poniendo el punto de vista de la DSM y la ICD, Lewis sostenía que la nosología debía ser “válida y útil”. Si es inválida, una nosología no es útil. Conclusión: “Una clasificación válida es la que no sólo es útil, sino también útil para fines médicos y científicos adecuados”. Planteado de otra manera, la fuente primaria de la clasificación diagnóstica debiera ser nuestro mejor conocimiento científico, es decir, la clasificación debiera ser válida desde el punto de vista científico, primero y antes que nada, y también relevante desde el punto de vista clínico. Sólo en forma secundaria, en casos infrecuentes, puede el diagnóstico puramente utilitarista justificarse cuando hay la necesidad clínica apremiante, pero es nula la evidencia científica. El DSM y la ICD invierten los términos y hay centenares de diagnósticos utilitarios científicamente injustificados, en comparación con sólo una docena o dos con algunas bases científicas.

Este es el núcleo del problema: ¿Debiera la validez ser central para el proceso diagnóstico, o debiéramos renunciar a la misma y felizmente celebrar la utilidad?

A fin de dar respvgante, regresemos a una enseñanza de la historia. La justificación original para los cambios radicales

del DSM-III en 1980 fue que representaba un lenguaje común, proporcionando “fiabilidad” y utilidad. No obstante, esta no era la meta final. Se hacía la afirmación una y otra vez de que esta fiabilidad y utilidad debiera ser un requisito para la validez³. En otras palabras, obtendríamos la validez con más eficacia si tuviésemos un lenguaje común fiable. Modificaríamos este lenguaje con más investigación científica y cada revisión del DSM se acercaría gradualmente más a la validez. Sin embargo, como lo admite Jablensky, el proyecto del DSM no ha logrado alcanzar la validez. Y ahora se nos dice que debiéramos modificar nuestro objetivo al de utilidad pura, para tratar de hacer una virtud de nuestro fracaso.

Los debates recientes en torno al DSM-5 han expuesto algunas ideas que previamente fueron expresadas principalmente a puerta cerrada. Aprendimos que nuestros dirigentes del DSM tiene suposiciones posmodernistas importantes: han renunciado por entero a todo el concepto de validez⁴.

Por contraposición a las afirmaciones iniciales del DSM-III en torno a lograr la validez gradual en el futuro, ahora contamos con 40 años de experiencia sobre lo opuesto. Los directores del DSM-IV y del

DSM-5 señalaron muy explícitamente a sus comisiones que debían hacer los menores cambios posibles⁴. Esta es una actitud anticientífica. Los científicos no hacen y prueban su hipótesis diciéndose a sí mismos: "Ahora, en lo posible hagamos el mínimo de cambios a las creencias previas". La clasificación del DSM es ahora un panegírico puro a la utilidad, enteramente "pragmático", en el peor sentido del término: un utilitarismo extremista que no tiene otro propósito que el de reflejar los deseos y las creencias de la American Psychiatric Association o los directivos del DSM, o los grupos de interés más escuchados. Esta declaración está documentada por historiadores que han analizado los documentos internos del DSM^{5,6}.

Además de su actitud anticientífica básica, las revisiones del DSM han utilizado umbrales cada vez más altos para hacer cambios basados en investigación, por lo que resulta más difícil avanzar en la validez basada en lo empírico. Llamémoslo el "problema de Sísifo": los investigadores obtienen datos subiendo la roca del conocimiento hacia la cima de la montaña de la ignorancia; luego los líderes del DSM dicen que no es suficientemente buena. Otra generación de investigadores añade a ese conocimiento y, si sus resultados son aprobados por la comisión del propio DSM, son vetados en la American Psychiatric Association por el Comité de Análisis Científico o la Junta de Administradores.

Tenemos un ejemplo no impecable de este problema de Sísifo en el trabajo del gran investigador psiquiátrico J. Angst. Durante un siglo, desde Kraepelin, la perspectiva estándar en la psiquiatría mundial fue que no importaba si los pacientes eran maníacos (bipolares) o deprimidos (unipolares), sino más bien que todos los episodios afectivos reflejaran la misma única enfermedad maníaco-depresiva. La cohorte de Zurich de Angst, reunida a principios de la década de 1960, señaló que los grupos bipolares y unipolares se diferenciaban en criterios de validación diagnóstica de evolución y genética⁷. De ahí el cambio radical anti-kraepeliano no apreciado del DSM-III: la creación del trastorno bipolar y el trastorno depresivo mayor fuera del contexto de enfermedad maníaco-depresiva de Kraepelin. En las décadas interpuestas, con más de 40 años de más datos, Angst ahora encuentra que su cohorte de Zurich no se diferencia bien en bipolar o unipolar, con base en la evolución y otros criterios de validación diagnóstica⁸. La misma serie de datos de Zurich, ahora incluso

más válida con un seguimiento prospectivo completo de toda la vida de sus sujetos, es rechazada por la comisión del DSM-5. Lo que se consideró aceptable para hacer cambios muy radicales en la década de 1970 es ahora rechazado, décadas después, por cambios incluso menores (como la duración de la hipomanía o la definición de los estados mixtos). Muchos más cambios radicales en el pasado fueron realizados con mucho menos fundamento científico.

No hay siquiera una justificación utilitaria para esta resistencia. Los estudios de campo para el DSM-5 ahora indican que, después de cuatro decenios, el trastorno depresivo mayor tiene una fiabilidad insatisfactoria⁹, aun peor que en el pasado. Nuestra nosología actual de la depresión mayor es tanto falsa como inútil.

Angst, que es un verdadero científico, falsifica sus propias hipótesis, algo que los directivos del DSM y la ICD no han estado dispuestos a hacer, lo que nos trae la consecuencia más nefasta del rechazo de la ciencia y la validez a favor del pragmatismo y la utilidad: debido al DSM y a la ICD, toda investigación, tanto clínica como biológica, está destinada al fracaso. Esta profecía autocumplida es utilizada luego por los defensores del pragmatismo y la utilidad del DSM para justificar más su rechazo de clasificación basada en la ciencia. Llegamos a un callejón sin salida para tener más y nuevos conocimientos con precisión, debido a que la obtención de nuevos conocimientos es "secundaria" al pragmatismo, que asegura que no se alcanzará ningún nuevo conocimiento. El avance psiquiátrico nunca ocurre, dado que no puede ocurrir con estas actitudes anticientíficas.

Para señalarlo de otra forma, el DSM y la ICD es una "construcción social". Esto es lo que significa el concepto de utilidad. Es creado para fines sociales —profesionales, de seguros, forenses, económicos, ideológicos, políticos, culturales—. No está, según lo admite Jablensky, basado principalmente en investigación científica. El hecho de que el DSM y la ICD sea una construcción social refleja su filosofía subyacente, el posmodernismo¹⁰.

Si creamos categorías diagnósticas basadas en consideraciones sociales, económicas y políticas, ¿por qué se debieran correlacionar los genes con estas categorías? ¿Por qué la neuroanatomía se debiera correlacionar con los deseos de reembolso por seguros? Cuando los fenotipos del DSM y la ICD para los estudios biológicos son construcciones meramente

sociales, no debiera sorprender que difícilmente se identifiquen algunos de los principales genes/biomarcadores para los diagnósticos del DSM/ICD. Cuatro décadas de fracaso en la investigación basada en el DSM son difíciles de ignorar. Los cambios recientes en las políticas del National Institute of Mental Health (NIMH) de Estados Unidos, como el que los criterios del DSM ya no son más aceptables para investigación¹¹, es una confirmación institucional de que un énfasis en la utilidad en realidad impide alcanzar alguna vez la validez.

Dado que fracasó el DSM, no se debiera concluir, como lo hacen los directivos del NIMH, que todo proyecto de investigación clínica fracasó. De hecho, dado el pragmatismo del DSM, la investigación clínica no ha sido la principal base de nuestro sistema diagnóstico durante 40 años. No lleguemos ahora a la conclusión falsa de que la investigación clínica sobre el diagnóstico psiquiátrico ha fracasado, cuando más bien se ha ignorado.

Tampoco servirá recurrir a una plegería —desear que un gen o un circuito en el cerebro, que algún día, de alguna manera, separará el Mar Rojo—. El milagro del gen/marcador biológico nunca ocurrirá mientras el DSM y la ICD no pongan en primer término a la ciencia¹².

El término explícitamente vago "trastorno" refleja el cinismo posmodernista sobre el concepto de enfermedad¹³. La tentativa de basar las definiciones de "trastorno" en alteración funcional y gravedad de los síntomas no es conceptual, biológica ni científicamente lógica. Existen muchas enfermedades médicas que no producen alteración funcional (como los tumores malignos asintomáticos) o que implican síntomas leves más que graves. Algunas enfermedades médicas incluso se relacionan con algunas ventajas, más que solo daños (por ejemplo, disminución del riesgo de paludismo en personas con rasgo drepanocítico). La ideología extremista del DSM y la ICD de rechazar los síntomas más leves no resuelve el "problema de los resultados positivos falsos" ni mejora los valores predictores del diagnóstico. ¹⁴ Más bien se alimenta y tal vez refleja el estigma en contra de las enfermedades mentales, un resultado irónico del "pragmatismo" del DSM y la ICD, comprensible como otro aspecto nefasto del posmodernismo cultural.

En resumen, mi principal crítica es que un enfoque principalmente utilitario, al final no es útil, pues es importante —a pesar de suposiciones culturales posmodernistas— si realmente estamos en lo correcto

o equivocados, es decir, si nuestros diagnósticos son válidos. En medicina clínica, en la que las vidas están en la balanza y se aceptan valores científicos, es difícil de defender cualquier otro punto de vista.

S. Nassir Ghaemi

Mood Disorders Program, Tufts Medical Center, Boston, MA. USA.

1. Jablensky A. *World Psychiatry* 2016;15:26-31.
2. Lewis A. *Br Med J* 1938;2:875-8.

3. Klerman GL, Vaillant GE, Spitzer RL et al. *Am J Psychiatry* 1984;141:539-53.
4. Frances A. Pragmatism in psychiatric diagnosis. www.psychologytoday.com.
5. Decker H. *The making of DSM-III*. New York: Oxford University Press, 2013.
6. Shorter E. *Before Prozac: the troubled history of mood disorders in psychiatry*. New York: Oxford University Press, 2009.
7. Angst J. *Monogr Gesamtgeb Neurol Psychiatr* 1966;112:1-118.
8. Angst J. *Br J Psychiatry* 2007;190:189-91.

9. Regier DA, Narrow WE, Clarke DE et al. *Am J Psychiatry* 2012;170:59-70.
10. Ghaemi N. *On depression: diagnosis, drugs and despair in the modern world*. Baltimore: Johns Hopkins Press, 2013.
11. Insel TR. *Transforming diagnosis*. www.nimh.nih.gov.
12. Ghaemi S. *Acta Psychiatr Scand* 2014;129:410-2.
13. Ghaemi S. *World Psychiatry* 2013;12:210-2.
14. Phelps J, Ghaemi SN. *Acta Psychiatr Scand* 2012;126:395-401.

DOI:10.1002/wps.20287

Necesitamos que la ciencia también sea útil

La noción de Jablensky de un contraste fundamental entre utilidad y validez en la clasificación psiquiátrica¹ probablemente tiene una relación con las tensiones entre las ideas pragmáticas y de correspondencia de la verdad. La interacción de ambas crea acertijos. De especial relevancia, si se presupone que la verdad es correspondencia con la realidad como realmente es, entonces el mero valor pragmático —la utilidad— siempre se verá como si no fuese suficiente.

En varios aspectos decisivos, Jablensky alude a la naturaleza cambiante de la utilidad, contrastada con la “realidad”, comprendida en este contexto como estructura biológica y psicología interna o “estructura esencial”. Hay muchos lugares y épocas en la historia de la ciencia en que se ha supuesto razonablemente que la teoría capta la naturaleza esencial de la realidad. Por mencionar solo algunas: la mecánica newtoniana, la tabla periódica madura de los elementos y la biomedicina del cólera. Así mismo, a manera de contraste en abundantes ocasiones no lo parecía, por ejemplo, en la relación entre la relatividad general y la mecánica cuántica, los modelos de calentamiento global, la patología del desarrollo de la mayor parte de los trastornos médicos, la biomedicina de algunos tumores malignos y la mayor parte de los trastornos psiquiátricos o todos.

Desde un punto de vista pragmático, la diferencia aquí es una cuestión de qué tanto pronostica la ciencia: en el primer tipo de caso, la teoría pronostica todo lo de interés (en su momento) en tanto que en el último la teoría no lo hace siquiera, o tenemos una gama de subteorías que pronostican más o menos dentro de los subdominios de interés, pero no una teoría unificada. No obstante, cuando la idea de verdad como correspondencia

está funcionando en el fondo, las teorías que pronostican todo lo de interés (en su momento) parecen como sus ejemplares, lo que ilustra que nuestros conceptos pueden y por tanto deben captar la naturaleza de la realidad como realmente es. En la práctica, en las ciencias, ha resultado evidente, desde la degradación de la mecánica newtoniana y la ausencia de una física unificada, que las teorías científicas no permanecen igual sino que evolucionan por múltiples motivos, de manera que sería precipitado —concebido incorrectamente— decir que la ciencia capta la realidad como en realidad es, de una vez y por todas. Podemos decir que proporciona cada vez mejores aproximaciones, pero esto se reduce a: mejora para pronosticar. La predicción es útil por sí sola, pero tienen interés especial las predicciones que nos ayudan a resolver problemas, como los que fundamentan las intervenciones. La ciencia está íntimamente vinculada a la utilidad y a la tecnología.

Se supone que la clasificación psiquiátrica tiene utilidad clínica. Un diagnóstico específico se supone que proporciona alguna información útil para la atención clínica, como la evolución y el pronóstico con y sin tratamientos específicos. De todas maneras los diagnósticos solo son parcialmente satisfactorios en esto, más o menos dependiendo del trastorno, subtipo y cuál tratamiento. No obstante, en el ámbito clínico suponemos que el sistema diagnóstico actual sirve de guía para el tratamiento en cierta medida, aun cuando sea imperfecta, mejor que nada, y tanto mejor que cualquier otro sistema que se ofrezca.

Sobre este dominio de problema cambiante de la utilidad clínica, Jablensky propone dos criterios de “validez”. Uno de ellos es que para ser revali-

de un trastorno, debe ser definido, separado de otros por una “zona de rareza”. Esto me suena como la teoría de la correspondencia de la verdad en acción de nuevo, pues esta teoría presupone que los hechos y por tanto su representaciones son definidos, cada uno idéntico a sí mismo y no parecido a ningún otra cosa. Así que por lo que respecta a la utilidad, no obstante, las categorías superpuestas de manera nebulosa todavía pueden ser útiles, más o menos, y podrían ser lo que tenemos para continuar. El clima puede ser pronosticado, más o menos bien, durante un determinado tiempo limitado, según los tipos de formas de nubes (en todo caso no por las formas de las nubes individuales), aun cuando no se definan con precisión y a veces se aglutinen.

El otro criterio de validez que propone Jablensky es cartografiarlo a la ciencia. Hace alusión a diversos criterios para establecer la validez de los diagnósticos propuestos por Robins y Guze, Kendler y Andreasen. Estos comprenden, por mencionar algunos, agregación familiar, factores desencadenantes característicos, pruebas psicológicas, análisis neuroquímicos, así como tasas de recaída y restablecimiento; y respuesta al tratamiento. En estas listas, la utilidad clínica aparece como un marcador de validación que, en el punto de vista propuesto aquí, debiera, pues no hay una diferenciación conceptual fundamental entre la utilidad y la validez. Tanto la utilidad como la validez están de por medio en el problema de qué tanto interés se prevé, y entre esto, el problema decisivo de que tanto las predicciones guían la acción y fundamentan las soluciones tecnológicas.

Así que ¿qué esperamos de los criterios de validez científica como los genéticos, neuroquímicos, neurológicos o neuropsicológicos? Esperamos que estos

sean útiles también y los apreciamos por este motivo. No esperamos que solo se “registren en la realidad”, comprendidos de otra manera. Como se señaló antes, el modelo biomédico del cólera puede describirse aceptablemente como un fundamento de la naturaleza real de la enfermedad, pero esta descripción está fundamentada en el hecho de que el modelo aporta cualquier cosa de interés, específicamente modelos y modalidades tecnológicas para el tratamiento y la prevención primaria.

Cada vez sabemos más que las causas de los trastornos psiquiátricos –junto con las causas de muchos trastornos médicos generales– no son singulares sino multifactoriales, y más aún pueden tener un desarrollo desde el nacimiento, dado que las predisposiciones genéticas son de por vida, alguna modificables por mecanismos epigenéticos. Los modelos de estas vías multifactoriales longitudinales en la vida, por ejemplo, para las enfermedades cardiovasculares, o la depresión clínica, son más complejos que para las enfermedades infecciosas, pero lo que esperamos de ellas es lo mismo, es decir, la identificación de correlaciones y dianas modificables para el tratamiento y la prevención primaria.

La ciencia –genética conductual o molecular, pruebas psicológicas, análisis neuroquímicos, hallazgos en neuroimágenes– tiene que juzgarse en contra de estos criterios pragmáticos, así como la

clasificación psiquiátrica tiene que juzgarse tomando en cuenta los hallazgos en la ciencia. El argumento es recíproco.

Ha resultado que existe un registro deficiente entre los biomarcadores genéticos emergentes, neurológicos y neuropsicológicos y la clasificación psiquiátrica actual. Por un tiempo esto desde luego se veía como malas noticias para la aplicación del modelo biomédico a la psiquiatría, hasta que se determinó que la deficiente adaptación podría simplemente interpretarse como malas noticias para el sistema de clasificación. Esta última interpretación impulsa al proyecto de Criterios de Dominio de Investigación del National Institute of Mental Health de Estados Unidos^{2,3}.

Los criterios diagnósticos actuales ya no son una norma de referencia; tienen que demostrar su utilidad en las nuevas ciencias, para conducirse en las supuestas estructuras y biopsicología subyacentes y en las funciones mismas. No obstante, persisten las exigencias pragmáticas –el requisito de la utilidad clínica, ampliamente concebida, de incluir también la detección temprana y la prevención primaria–. En última instancia, la ciencia de la salud, por contraposición a la ciencia conducida por algún otro interés y aplicación técnica, tiene que relacionarse con la salud y la enfermedad. En esta conexión, el proyecto de Criterios de Dominios de Investigación ha sido cuestionado por perder una capta-

ción firme de la “enfermedad”, tanto desde el punto de vista conceptual⁴ como para los fines de la estrategia de salud mental global⁵.

Las clasificaciones psiquiátricas actuales, cualesquiera otras desventajas que puedan tener en relación con la utilidad clínica y los biomarcadores, al menos sirven al propósito práctico importante de definir enfermedades (padecimientos, disfunciones o trastornos), concebidas como estados característicamente relacionados con una carga importante de ansiedad y alteración del funcionamiento y que por tanto precisan atención médica, y que son los desenlaces esenciales de interés para proporcionar atención sanitaria y para las estrategias de prevención, lo mismo que para las economías de los países.

Derek Bolton

Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, UK.

1. Jablensky A. *World Psychiatry* 2016;15: 26-31.
2. Insel T, Cuthbert B, Garvey M et al. *Am J Psychiatry* 2010;167:748-51.
3. Cuthbert BN. *World Psychiatry* 2014;13: 28-35.
4. Wakefield J. *World Psychiatry* 2014;13: 38-40.
5. Phillips MR. *World Psychiatry* 2014;13: 40-1.

DOI:10.1002/wps.20288

¿Mejoraría la utilización de medidas dimensionales la utilidad de los diagnósticos psiquiátricos?

Aceptando la evaluación de A. Jablensky¹ de que establecer la validez de los diagnósticos psiquiátricos categóricos definidos o las medidas dimensionales de agrupamientos de síntomas psiquiátricos es un objetivo a muy largo plazo (o, posiblemente, inalcanzable), ¿qué debieran hacer los nosólogos y los médicos que establecen diagnósticos para mejorar la utilidad de las categorías que en la actualidad están utilizando?

Un problema muy debatido durante las deliberaciones para el DSM-5 fue el empleo de medidas dimensionales que complementarían los diagnósticos categóricos estándar (por ejemplo, para la esquizofrenia) o, posiblemente, como un reemplazo a los diagnósticos categóricos (por ejemplo, trastornos de la personalidad). Después de todo, la versión final del DSM-5 retuvo la estructura diagnós-

tica categórica de las clasificaciones previas, relegando en gran parte las medidas dimensionales a la sección del volumen que se ocupa de Medida y Modelos Emergentes (Sección III).

Sin embargo, persiste el debate en torno a la utilidad clínica potencial de convertir el sistema diagnóstico categórico actual en un sistema dimensional de clasificación que se acercaría a la naturaleza continua observada de la realidad, la duración y la discapacidad relacionadas con los síntomas psiquiátricos^{2,3}. Para alcanzar esta meta a largo plazo, el proyecto de criterios de dominios de investigación (RDoC) del National Institute of Mental Health de Estados Unidos específicamente pretende financiar selectivamente la investigación que reemplazará a los sistemas diagnósticos psiquiátricos actuales con base en fenomenología des-

criptiva con “nuevas formas de clasificar los trastornos mentales con base en las dimensiones de la conducta observable y las medidas neurobiológicas”^{3,4}.

Teóricamente, las medidas dimensionales se podrían utilizar para determinar directamente los diagnósticos diferenciales dentro de una red de clasificación dimensional nueva, o como medidas auxiliares para clasificar los diferentes subtipos de trastornos psiquiátricos en los sistemas diagnósticos categóricos actuales (ICD o DSM). Si las medidas dimensionales pudiesen ayudar a identificar agrupamientos distintivos de síntomas con diferentes evoluciones clínicas y respuestas al tratamiento, la utilización de tales medidas podría incrementar la utilidad de las clasificaciones diagnósticas. Sin embargo, ¿es realista pensar que se pueden utilizar de esta manera?

Existen varios problemas con el empleo de las puntuaciones dimensionales para asignar directamente los diagnósticos. Muchas medidas dimensionales disponibles en la actualidad se correlacionan en alto grado, de manera que para alcanzar la meta de un sistema diagnóstico con una mejor utilidad, las medidas dimensionales actuales tendrían que revisarse sustancialmente o tendrían que definirse los diagnósticos como patrones específicos de puntuaciones dimensionales.

Ninguna de estas tareas es simple. Utilizar una puntuación umbral de una medida dimensional para asignar un diagnóstico colapsaría la medida en designaciones diagnósticas dicotomizadas tradicionales —el principal problema que supuestamente las medidas dimensionales debieran resolver—. Es más, las puntuaciones de la mayor parte de las medidas dimensionales se modifican frecuentemente en respuesta al tratamiento o como una parte de la evolución natural del trastorno, de manera que tendrían que cambiar a menudo los diagnósticos basados en puntuaciones dimensionales.

Spongamos que sea posible: a) desarrollar medidas dimensionales relativamente independientes, b) identificar puntos (o rangos) de rareza en las medidas dimensionales continuas que justifiquen especificar una puntuación por arriba de la cual los síntomas se consideran “diagnósticamente relevantes”, y c) indicar el(los) tiempo(s) en la evolución del trastorno en que se utilizarían las puntuaciones dimensionales para determinar un diagnóstico (por ejemplo, antes de iniciar el tratamiento). Aun en este caso, asignar diagnósticos a todas las dimensiones en las cuales la puntuación dimensional supera un nivel especificado diagnósticamente relevante daría lugar a un número no manejable de categoría diagnósticas. Suponiendo solo 10 dimensiones sintomáticas/diagnósticas, habría 10 trastornos de una sola dimensión, 45 trastornos de doble dimensión, 360 trastornos de triple dimensión, 2520 trastornos de cuádruple dimensión, y así sucesivamente.

Muchas de las celdas en esta matriz de diagnósticos basados en dimensiones estarían vacías, pero determinar la evo-

lución y el tratamiento preferido de cada una del gran número de celdas con un número sustancial de casos precisaría estudios de varios órdenes de magnitud mayores que los estudios más extensos actuales. Para los individuos con puntuaciones diagnósticamente relevantes en más de una dimensión, habría también la dificultad para priorizar las diversas condiciones y determinar si sería adecuado administrar tratamientos relevantes en forma simultánea o secuencial.

La utilización de puntuaciones dimensionales para clasificar subtipos de diagnósticos categóricos basados en los criterios actuales precisaría resolver varios problemas adicionales. ¿Habría una serie universal de dimensiones utilizadas para todos los pacientes, un menú de dimensiones en el cual se utilizaría un subgrupo específico para cada diagnóstico, o dimensiones específicas de diagnóstico? ¿Se modificarían los subtipos de diagnósticos a medida que cambiasen las puntuaciones dimensionales? Y para los diagnósticos que toman en cuenta 4 o más dimensiones basadas en síntomas, el potencial número de subtipos (basado en el número de dimensiones en las cuales la puntuación supera un nivel diagnósticamente relevante) sería inmanejable. Los algoritmos diagnósticos complejos necesarios para abordar estos problemas posiblemente volverían inútiles los criterios diagnósticos en el ejercicio clínico sistemático.

Otra utilización potencial de las medidas dimensionales sería determinar directamente el tratamiento. Si los tratamientos en psiquiatría fueran inmediatamente eficaces (como los antihipertensores) y los tratamientos disponibles se dirigieran singularmente a agrupamientos de síntomas específicos, entonces sería aceptable modificar con regularidad los tratamientos basados en las características de los síntomas actuales de los pacientes según se valora mediante las medidas dimensiones estrechamente definidas. Sin embargo, para el futuro previsible, ninguna de estas condiciones se satisface, de manera que las medidas dimensionales solo se pueden utilizar para evaluar la eficacia de diferentes estrategias de tratamiento, no para seleccionar estrategias de tratamiento específicas.

La utilización de medidas dimensionales de gravedad de los síntomas para vigilar los cambios en los síntomas en el curso del tiempo tiene utilidad clínica, en virtud de que proporciona una evaluación aceptablemente exacta del estado clínico actual de los pacientes y de la eficacia de tratamientos específicos. No obstante, estas medidas tienen una utilidad limitada para pronosticar la evolución de un trastorno o para prever la probable eficacia de tratamientos específicos: necesitarían desempeñar papeles esenciales para que se pudieran utilizar en la clasificación de diagnósticos o subtipos de diagnósticos categóricos.

La iniciativa del RDoC para identificar dimensiones diagnósticamente relevantes es intelectualmente atractiva para los profesionales clínicos y los investigadores que se sienten frustrados por la imposibilidad de que los sistemas diagnósticos categóricos reflejen la realidad compleja que observan cada vez que interactúan con los pacientes. Sin embargo, las medidas dimensionales actuales de los procesos conductuales, emocionales o neurobiológicos (y las nuevas medidas dimensionales que surgirán a partir de la iniciativa del RDoC) se correlacionan entre sí y son variables en el curso del tiempo⁵. Su empleo no mejorará la validez ni la utilidad de los diagnósticos que utilizamos.

Michael R. Phillips

Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai, China; Departments of Psychiatry and Global Health, Emory University, Atlanta, GA, USA.

1. Jablensky A. *World Psychiatry* 2016;15:26-31.
2. Narrow WE, Kuhl EA. *J Ment Health Policy Econ* 2011;14:197-200.
3. Cuthbert BN. *World Psychiatry* 2014;13:28-35.
4. National Institute of Mental Health. Research Domain Criteria (RDoC). www.nimh.nih.gov.
5. Phillips MR. *World Psychiatry* 2014;13:40-1.

DOI:10.1002/wps.20289

Variación y validación: el ejemplo de la esquizofrenia

El artículo de A. Jablensky¹ es un análisis claro y poderoso de los problemas relacionados con la validez y la utilidad en el campo de la psiquiatría.

Podríamos abordar los problemas que plantea, enfocándonos en el ejemplo de la esquizofrenia, desde cuatro perspectivas un poco diferentes: una que acepta

de una manera provisional la esquizofrenia característica según el DSM, una segunda que tolera y utiliza la variación y la “nebulosidad” o más precisamente

“la politipia”, una tercera que considera la relación de la validez y la utilidad y una cuarta que propone que la investigación se lleve a cabo tanto sobre la base de la descripción del DSM-5 como de algunos modelos contrastantes y más etiológicos de la esquizofrenia.

Aunque estaría de acuerdo en que un trastorno como la esquizofrenia finalmente puede precisar más análisis, y tal vez dividirse o reconfigurarse como varios trastornos diferentes, hay algunos estudios empíricos que apoyan la agrupación o “integración” de los criterios diagnósticos de este y otros trastornos tradicionales.

Un enfoque en la búsqueda de la confirmación objetiva de un trastorno común subyacente a la agrupación típica en el DSM en seis trastornos mentales fue aplicado por Kendler et al.² utilizando el análisis de clase latente. En tiempos más recientes, Derks et al.³ utilizaron un enfoque similar e informaron que, cuando combinaban un análisis de factores y un análisis de clase latente, un 85% de los pacientes que recibía un diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-IV era asignados a la clase kraepeliniana de la esquizofrenia. Mi inferencia de estos estudios es que la esquizofrenia clásica es una primera aproximación aceptable para el diagnóstico y para comenzar a desarrollar un plan de tratamiento en estos pacientes y que, con base en la aceptación generalizada de las descripciones del DSM y la ICD, el cuadro clásico también conserva la “utilidad” clínica aceptable.

Sin embargo, reconocemos la variación en diversas dimensiones diferentes (más que categorías definidas) en el campo de la esquizofrenia que resalta Jablensky. ¿Debiera tener tanta importancia? ¿Existe alguna otra forma que podamos abarcar la variación y los límites nebulosos?

La noción de que las entidades que son fundamentales en un campo científico deben ser definidas y separables es una idea que funciona bien en algunas ciencias como la física y la química. Sin embargo, esos tipos de entidades raras veces se hallan en biología, donde los conceptos más “politípicos” o “politéticos” reflejan la variación en las entidades que son fundamentales en esta ciencia⁴. Y la medicina y la psiquiatría son afectadas de un modo similar por la variación⁵. En consecuencia, las críticas de Jablensky, aunque exactas, en un sentido no son el verdadero problema. Señalaría que comencemos por aceptar esta politipia y luego decidamos cómo lidiar con ella en psiquiatría.

Tal vez sería mejor hacer frente a la variación como los médicos lo hacen con la presión arterial y la glucemia, utilizando comparativamente pocos prototipos para la hipertensión y la diabetes, con diferentes umbrales para diferentes métodos de tratamiento y empleo de escalas deslizables. De alguna forma, las escalas de cinco puntos de gravedad de los síntomas de psicosis presentadas en el DSM-5, aunque no son necesarias para la esquizofrenia, son un inicio en este sentido. El propio Jablensky, en sus análisis de series nebulosas, ha ofrecido una forma más técnica de avanzar en este enfoque⁶. Para las formas prodrómicas y de episodios tempranos de la esquizofrenia, también podríamos considerar propuestas para un sistema de estandarización⁷.

Un tema recurrente en el artículo de Jablensky es la diferenciación entre la validez y la utilidad en psiquiatría. Jablensky indica que los problemas de utilidad (y fiabilidad) parecen estar avanzando en forma satisfactoria, aunque no es el mismo caso para la validez. Sin embargo, parecería que la diferenciación que recomienda entre la utilidad y la validez no está tan delimitada. De hecho, el propio Jablensky cita a Jaspers, recordándonos que la “validez” puede ser un tipo de idea kantiana. Allí, Jablensky señala que, aunque la validez es un criterio de valoración más esquivo, podría enfocarse mejor mediante “el refinamiento progresivo de la utilidad de los conceptos e instrumentos diagnósticos”.

Este tipo de enfoque también parece ser respaldado por la forma en que la literatura sobre los “criterios de validación” en psiquiatría se ha desarrollado en el contexto del DSM⁸. Las series de criterios de validación que putativamente utilizamos en todo el DSM-5, y que muy probablemente se continuarán utilizando en el DSM-5.1, comprenden tres “criterios de validación predictores” de gran prioridad. Estos son “estabilidad diagnóstica, evolución de la enfermedad y respuesta al tratamiento”. Esta serie de criterios de validación evoca la noción de la validez predictora, y también resuena con los puntos de vista recibidos sobre la utilidad clínica. First⁹ señala que dos (de cuatro) componentes importantes de la utilidad clínica son “implementación de la intervención eficaz” y “predicción del futuro” de las necesidades y desenlaces del paciente. Esta fusión de aspectos de validez y utilidad parece aceptable, en el espíritu del pragmatismo filosófico, y apunta el camino a seguir.

Por último, existen enfoques etiológicos más recientes en la esquizofrenia, como el trabajo de Lewis¹⁰, y los señalamientos de las vías neuronales, inmunológicas y etiológicas epigenéticas del Consorcio del Genoma Psiquiátrico¹¹, así como el enfoque basado en circuitos recomendado por la iniciativa extensa de Criterios de Dominio de Investigación del National Institute of Mental Health de Estados Unidos¹². Jablensky señala algunos de estos, pero es más escéptico de la consecución de ellos que lo que yo creo está justificado.

Por el momento, y según se señaló antes, no obstante, hay algunos motivos empíricos muy sugerentes para retener el enfoque del DSM-5 en la esquizofrenia y otros trastornos principales para uso clínico. Desde un punto de vista de agrupación de síntomas, los criterios del DSM-5 funcionan bastante bien para proporcionar un diagnóstico y un plan terapéutico. Sin embargo, para la investigación, es posible que sean más fructíferos los enfoques más etiológicos. Esto implica que los psiquiatras deber ser pluralistas y seleccionar cualquier enfoque que parezca tener probabilidades de generar avances en su campo de interés.

Kenneth F. Schaffner

University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA, USA.

1. Jablensky A. *World Psychiatry* 2016;15:26-31.
2. Kendler KS, Karkowski LM, Walsh D. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:492-9.
3. Derks EM, Allardyce J, Boks MP et al. *Schizophr Bull* 2012;38:495-505.
4. Schaffner KF. *Discovery and explanation in biology and medicine*. Chicago: University of Chicago Press, 1993.
5. Schaffner KF. In: Kendler KS, Parnas J (eds). *Philosophical issues in psychiatry*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2008: 48-90.
6. Hallmayer JF, Kalaydjieva L, Badcock J et al. *Am J Hum Genet* 2005;77:468-76.
7. McGorry P, Keshavan M, Goldstone S et al. *World Psychiatry* 2014;13:211-23.
8. Kendler KS. *Psychol Med* 2013;43:1793-800.
9. First MB. *Prof Psychol Res Pr* 2010;41:465-73.
10. Lewis DA. *Curr Opin Neurobiol* 2014;26:22-6.
11. The Network and Pathway Analysis Subgroup of the Psychiatric Genomics Consortium. *Nat Neurosci* 2015;18:199-209.
12. Cuthbert BN. *World Psychiatry* 2014;13:28-35.

DOI:10.1002/wps.20290

Características clínicas, sociodemográficas y psicológicas en individuos con experiencias psicóticas persistentes con y sin una “necesidad de tratamiento”

EMMANUELLE PETERS^{1,2}, THOMAS WARD¹, MIKE JACKSON^{3,4}, CRAIG MORGAN⁵, MONICA CHARALAMBIDES¹, PHILIP MCGUIRE^{2,6}, PETER WOODRUFF⁷, PAMELA JACOBSEN¹, PAUL CHADWICK¹, PHILIPPA A. GARETY^{1,2}

¹King's College London, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, Department of Psychology, London, UK; ²NIHR Biomedical Research Centre for Mental Health, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK; ³Bangor University, School of Psychology, Bangor, North Wales, UK; ⁴Betsi Cadwaladr University Health Board, Bangor, North Wales, UK; ⁵King's College London, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, Health Service & Population Research, London, UK; ⁶King's College London, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, Psychosis Studies Department, London, UK; ⁷University of Sheffield, Cognition and Neuroimaging Laboratory, Academic Psychiatry, Sheffield, UK

Los individuos que informan experiencias psicóticas (PE) persistentes en la población general, pero sin una “necesidad de tratamiento”, representan un grupo similar de importancia específica para identificar el riesgo y los factores que protegen contra la psicosis. Comparamos a personas con PE persistentes y sin “necesidad de tratamiento” (grupo no clínico, n= 92) con pacientes que tienen un diagnóstico de un trastorno psicótico (grupo clínico n=84) y testigos sin PE (n=83, por lo que respecta a sus características fenomenológicas, sociodemográficas y psicológicas. Los 259 participantes fueron alistados de una zona urbana y una rural en el Reino Unido, como parte del estudio UNIQUE (Unusual Experiences Enquiry). Los resultados demostraron que el grupo no clínico presentó alucinaciones de todas las modalidades así como síntomas de primer orden, con una edad de inicio más temprana que en el grupo clínico. Las alucinaciones somáticas y táctiles fueron más frecuentes que en el grupo clínico, en tanto que las voces de comentarios y de conversación fueron infrecuentes. Los participantes en el grupo no clínico se diferenciaron de sus homólogos del grupo clínico en ser menos paranoides y tener menos delirio, aparte de las ideas de referencia y de tener menos dificultades cognitivas y síntomas negativos. A diferencia del grupo clínico, no se caracterizaron por un funcionamiento psicosocial bajo ni por la adversidad social. Sin embargo, el trauma infantil se manifestó en los dos grupos. Fueron similares a los testigos en cuanto a características psicológicas: no informaron problemas emocionales actuales, tenían autoestima íntegra, mostraban esquemas saludables en torno a sí mismos y a otras personas, mostraban una gran satisfacción por la vida y bienestar así como una gran atención plena. Estos hallazgos respaldan los modelos biopsicosociales que postulan que los factores ambientales y psicológicos interactúan con los procesos biológicos en la etiología de la psicosis. Si bien algunas PE pueden ser más malignas que otras, los niveles menores de adversidad social y ambiental, en combinación con factores protectores como IQ íntegro, espiritualidad y bienestar psicológico y emocional, pueden reducir la probabilidad de PE persistentes que conducen a desenlaces patológicos. La investigación futura se ha de enfocar en factores protectores y determinantes del bienestar en el contexto de las PE, más que exclusivamente en factores de riesgo y biomarcadores de estados patológicos.

Palabras clave: Experiencias psicóticas persistentes, necesidad de tratamiento, psicosis, alucinaciones, síntomas de primer orden, funcionamiento psicosocial, adversidad social, traumatismo infantil, factores protectores.

(*World Psychiatry* 2016;14:41–52)

La perspectiva continua de la psicosis¹ propone que los síntomas psicóticos son la expresión grave de rasgos “esquizotípicos” que normalmente están distribuidos en la población general. Las encuestas a gran escala han confirmado que las experiencias psicóticas (PE) en la población general son relativamente frecuentes y un metanálisis reciente generó una prevalencia del 7,2%². Se han demostrado similitudes cualitativas entre los “esquizotipos” acentuados y los pacientes con psicosis en las medidas psicopatológicas³, epidemiológicas^{4,5} y neurobiológicas^{6,7}. Aproximadamente un 20% de las personas con PE informan experiencias persistentes, más que transitorias. Aunque una minoría de este subgrupo tarde o temprano presentará un trastorno psicótico⁸, en la mayoría de los casos estas experiencias no se relacionan con ansiedad y no conduce a un desenlace maligno⁴.

Sin embargo, algunos autores⁹ han aducido que las experiencias asintomáticas o similares a las de la psicosis en la población general son diferentes de los síntomas verdaderos de psicosis, ya que a menudo son demasiado leves y transitorios para ser clínicamente significativos¹⁰ y no son específicos de la esquizofrenia¹¹. Este problema puede abordarse si se dirigen medidas específicas a los individuos cuyas PE son persistentes y relativamente graves, pero que no son perturbados por ellas,

nunca se les ha diagnosticado un trastorno psicótico ni buscaron una ayuda de los servicios de salud mental (es decir, no tienen una “necesidad de tratamiento”)⁴.

En una serie de estudios se ha comparado las PE persistentes en individuos con o sin necesidad de tratamiento. Las alucinaciones verbales auditivas en muestras no clínicas y clínicas son en general similares desde el punto de vista fenomenológico, pero difieren en contenido, valencia emocional y evaluaciones sobre su omnipotencia¹². Jackson et al.^{13,14} descubrieron que las experiencias espirituales intensas comunicadas por algunos individuos no podían distinguirse fenomenológicamente de los síntomas psicóticos; las diferencias radican en la interpretación y el significado que se le confiere a estas experiencias y en sus correlaciones emocionales y conductuales. Así mismo, Brett et al.¹⁵ descubrieron que los síntomas positivos presentes en los pacientes con psicosis y los individuos con riesgo ultraelevado de psicosis eran similares a las PE comunicadas por un grupo no sintomático, y sólo las anomalías “cognitivas” (incapacidad para concentrarse, pérdida del automatismo de las habilidades cognitivas) fueron más frecuentes en los dos grupos que buscaron ayuda. Sin embargo, los grupos tuvieron diferencias en la forma en que evaluaban y respondían a sus PE¹⁶, lo cual pronosticaba el grado en que las PE se relacio-

naban con ansiedad¹⁷. En concreto, varios estudios señalan que las PE ocurren sin que haya evaluaciones paranoides en personas sin necesidad de tratamiento^{16,18,19}, en tanto que las creencias raras tienden a dar por resultado desenlaces peores que las experiencias anómalas²⁰.

Los modelos de vulnerabilidad al estrés y cognitivos integrados^{21,22} plantean que los factores sociales, ambientales y psicológicos desempeñan un papel en la etiología de la psicosis, además de las características genéticas y del neurodesarrollo tales como un antecedente familiar de psicosis y un bajo cociente intelectual (IQ). Por ejemplo, los esquemas negativos sobre sí mismo y otros son comunes en las poblaciones psicóticas²³, lo mismo que los estilos de apego disfuncionales²⁴. La adversidad durante la infancia^{25,26} y el trauma interpersonal en concreto²⁷, se han vinculado a la aparición de PE, y hay pruebas que vinculan los entornos adversos actuales-caracterizados por discriminación racial²⁸, estado de migración²⁹ y bajo capital social³⁰ — con la psicosis. Al parecer existe una interacción sinérgica entre diferentes factores de riesgo, como los observados entre los malos tratos a menores y los sucesos vitales en la edad adulta, así como el empleo de cannabis^{31,32}, lo que indica que la exposición a la desventaja durante la infancia y la edad adulta pueden combinarse en formas complejas para impulsar a algunos individuos por el camino hacia el trastorno psicótico. Sommer et al.³³ compararon personas con alucinaciones vocales y auditivas sin síntomas con testigos y demostraron que las puntuaciones de esquizotipia más altas, el menor nivel de formación educativa y la mayor densidad en la familia para los trastornos psiquiátricos, pero no la presencia de voces, se relacionaban con un menor funcionamiento global, lo que ilustra la importancia de desentrañar la contribución de los factores biopsicosociales a las experiencias psicóticas de un funcionamiento deficiente y una potencial “necesidad de tratamiento”. Por otra parte, el trauma en la infancia e interpersonal se han relacionado de manera congruente con la presencia de voces³⁴⁻³⁶ y otras experiencias anómalas¹⁸, independientemente de la necesidad de tratamiento.

Los estudios con personas que comunican PE persistentes pero benignas proporcionan un medio de analizar tanto los factores de riesgo como los protectores para el desarrollo de la psicosis. Por otra parte, la persistencia de fenómenos psicóticos implica compartir factores de riesgo para los trastornos psicóticos. Por otra parte, tales individuos llevaban vidas no perturbadas sin necesidad de atención clínica, lo que señala que poseen o han estado expuestos a factores protectores no presentes en las poblaciones psicóticas.

El objetivo del presente estudio fue caracterizar a las personas con PE persistentes, no angustiantes, al compararlas con pacientes con psicosis y testigos sin PE, incluidos como parte del estudio UNIQUE (Investigación de Experiencias Inusuales). Evaluamos tres hipótesis específicas, basándonos en modelos cognitivos de psicosis^{21,37} y estudios previos sobre las diferencias en las características clínicas, ambientales y psicológicas. Postulamos que las personas con PE persistentes no serían diferentes desde el punto de vista sociodemográfico o psicológico de los testigos y que, en comparación con los pacientes con diagnóstico de trastornos psicóticos, tendrían: a) tipos similares de síntomas positivos, pero menos disfunciones cognitivas subjetivas, delirios paranoides y síntomas negativos; b) grados más bajos de adversidad social y ambiental, con la excepción de un trauma infantil^{18,34}; c) mayor bienestar emocional y relaciones parentales más saludables.

MÉTODOS

Participantes

Tres grupos de adultos fueron alistados en una zona urbana (South London y entornos) y una rural (Bangor y entornos, North Wales) durante un periodo de 23 meses: a) individuos con PE sin una “necesidad de tratamiento” (grupo no clínico); b) pacientes con diagnóstico de un trastorno psicótico (grupo clínico); c) testigos sin PE. Los criterios de exclusión para todos los grupos fueron: edad <18; dominio insuficiente del inglés; antecedente de problemas neurológicos, lesión craneoencefálica o epilepsia; dependencia primaria de sustancias. A los participantes les efectuaron una evaluación telefónica los investigadores, o en persona en el caso de pacientes hospitalizados.

Grupo no clínico (N = 92)

Este grupo comprendió individuos sanos con PE persistentes a los que nunca se había diagnosticado o tratado de un trastorno psicótico (centro de Londres: n = 51; 55,4%, Centro de Bangor: n = 41; 44,6%).

La mayoría (n = 82, 89,1%) fueron alistados utilizando nuestra estrategia de muestreo previa^{16,19,38-40} dirigiéndose a los recursos especializados en Londres, Gales del Norte y sus entornos respectivos. Se colocaron anuncios publicitarios en foros de psíquicos y espiritualistas (entre ellos, College of Psychic Studies, The British Astrological and Psychic Society, The International Academy of Unconsciousness, Spiritualist Association of Great Britain, Society of Psychical Research, London College of Spirituality, Unitarian Church, Two Worlds, grupo Open Arms Spiritualist y Bangor Spiritualist Church, por lo general a través de líderes de la organización relevante (o mediante páginas en Facebook). Los individuos interesados luego contactarían al equipo y procederían a la evaluación de la elegibilidad. Así mismo, se alistó a una serie de individuos de un registro de investigación llevado por el primer autor, que habían accedido a ser contactados para investigación después de su participación en estudios previos. Por último, se hizo circular un anuncio utilizando la lista de circulares de correo electrónico de King's College London. En todos los casos se adoptó un método de bola de nieve en el cual se alentaba a los participantes a transmitir información sobre el estudio a los contactos que considerasen apropiados.

Otros 10 participantes (10,9%) fueron alistados de una muestra de la población epidemiológicamente representativa (Estudio de Salud de la Población de London South East⁴¹) y registros de médicos generales (GP) seleccionados de la misma zona geográfica que nuestra muestra clínica de South London.

A los individuos se les invitó a participar si: a) informaron una o más PE (apartado secundario) en el Cuestionario de Detección de Psicosis (PSQ)⁴² y experiencias “esporádicas” (al menos cada mes) de cualquier síntoma positivo y de primer orden schneideriano en el Cuestionario de Evaluación de Experiencias Inusuales (UESQ)¹⁶, en el último mes, ante la falta de uso de fármacos y en conciencia lúcida; b) tuvieron experiencias que ocurrieron durante más de 5 años (para evitar la inclusión de individuos que puedan ser prodrómicos); c) nunca habían estado en contacto con los servicios de salud mental o médicos generales a causa de sus PE (ni alguien más de su parte); d) nunca habían estado en contacto con atención psiquiátrica.

ca secundaria; e) no tuvieron una puntuación de 2 (“necesidad insatisfecha”) en apartados que abarcaban los autocuidados básicos y la dimensión de la ansiedad psicológica (en relación con sus PE) de Evaluación de Camberwell del Esquema de Evaluación Breve de Necesidad (CANSAS)⁴³; f) no tenían necesidad de tratamiento según el criterio del investigador, en interconsulta con el coordinador del estudio.

Solo se incluyó a los individuos con PE positivas actuales (puntuación de 2 o más en por lo menos un apartado de la Escala para la Valoración de los Síntomas Positivos (SAPS)⁴⁴ en el momento del alistamiento). No se excluyó del estudio a las personas que habían recibido diagnósticos o tratamiento de problemas de salud mental comunes (como ansiedad y depresión) o que habían estado en contacto con servicios de atención primaria por problemas no relacionados con sus PE (n = 16; 17,4%).

Participaron 25 hombres (27,2%) y 67 mujeres (72,8%) con una media de edad de 46 años (rango de 18-80).

Grupo clínico (N = 84)

Este grupo se alistó de los servicios de hospitalización sistemática (n = 29; 34,5%) y de atención ambulatoria (n = 55; 65,5%) de South London y Maudsley NHS Foundation Trust (n = 43; 51,2%) y Betsi Cadwaladr University Health Board (n = 41; 48,8%) al mismo tiempo.

A los psiquiatras consultores, a los coordinadores de tratamiento o a las enfermeras de atención primaria se les pidió identificar a pacientes atendidos por ellos que fuesen elegibles para el estudio, los cuales luego fueron contactados por los participantes de la investigación para verificar su disposición a participar. Solo se incluyó a los pacientes con síntomas positivos actuales (puntuación de 2 o más en por lo menos un apartado de la SAPS al momento del alistamiento) y un diagnóstico de un trastorno psicótico (categorías F20-29 de la ICD-10).

El diagnóstico fue esquizofrenia en 53 pacientes (63,1%), trastorno esquizoafectivo en 13 (15,5%) y psicosis por lo demás no especificada en 6 (7,1%), en tanto que 11 pacientes (13,1%) tuvieron un diagnóstico que correspondía a las categorías F30-39. Setenta y seis pacientes (90,5%) estaban con medicación antipsicótica. Los pacientes tenían una media de 4,4 (mediana = 4; DE = 3,6) antes de las hospitalizaciones.

Hubo 55 hombres (65,5%) y 29 mujeres (34,5%) con una media de edad de 42 años (rango de 20-78).

Grupo de control (N = 83)

Los participantes de control se ofrecieron voluntariamente de manera directa entre los participantes no clínicos (n = 18, 21,7%) o alistados utilizando los registros de investigación que llevaban miembros del equipo (incluido un médico general local) o anuncios publicitarios colocados en diversos lugares de la población (por ejemplo, centros de agentes de noticias y de la comunidad) en la zona de South London, la lista de circulares de correos electrónicos del King’s College London, los “paneles de participación en investigación” de la Bangor University y la Bangor Network News Magazine (n = 65; 78,3%). Los individuos interesados luego contactarían al equipo y procederían con la detección para la elegibilidad.

Solo los individuos sin PE (no aprobaron apartados en UESQ y el PSQ) y ninguna puntuación superior a una desviación estándar por encima de la media de la subescala de Expe-

riencias Inusuales del Inventario de Oxford-Liverpool sobre Sentimientos y Experiencias (O-LIFE)⁴⁵ fueron invitados a participar. Los testigos fueron en general equiparados con el grupo no clínico en cuanto a edad, género sexual, grupo étnico y nivel de formación educativa, y también incluyeron personas que habían recibido diagnóstico o tratamiento de problemas de salud mental comunes (n = 5; 6,0%) pero no los que habían estado en contacto con atención psiquiátrica secundaria.

Hubo 26 hombres (31,3%) y 57 mujeres (68,7%) con una media de edad de 46 años (rango 21-76).

Evaluaciones

Herramientas de detección

Las herramientas de detección no se administraron de manera sistemática al grupo clínico, quienes se detectaron a través de profesionales clínicos o del análisis de notas de casos. Se administró la CANSAS al grupo no clínico únicamente y el O-LIFE solamente al grupo de control.

El PSQ⁴² evalúa las PE en el año precedente y comprende cinco secciones que abarcan hipomanía, trastorno del pensamiento, paranoia, experiencias extrañas y alucinaciones. Cada sección tiene un sondeo inicial, seguido de preguntas secundarias cuyo propósito es establecer la calidad psicótica de las experiencias. Se ha validado el PSQ en dos encuestas nacionales en el Reino Unido^{46,47}. Como estábamos específicamente interesados en las PE, se descartaron los apartados sobre hipomanía.

El UESQ consta de nueve apartados derivados de la Entrevista para Evaluaciones de Experiencias Anómalas (AANEX)¹⁶, evaluación de la presentación de una gama de síntomas positivos y de primer orden schneiderianos (tales como alucinaciones, interferencia en el pensamiento, percepción delirante), en el último mes, ante la falta de uso de drogas y en consciencia lúcida.

La CANSAS⁴³ es una evaluación exhaustiva de las necesidades clínicas y sociales. Solo se utilizaron los apartados 1-4 (relacionados con alojamiento, alimento, hogar y autocuidado) y el apartado 9 (ansiedad psicológica en relación con experiencias inusuales). Las puntuaciones fluctuaron de 0 a 2 (0 = ningún problema; 1 = necesidad satisfecha; 2 = necesidad no satisfecha).

Del O-LIFE⁴⁵, un cuestionario de esquizotipia normalizado, se utilizó únicamente la subescala de experiencias inusuales. Esta comprende 30 apartados que describen anomalías en la percepción, pensamiento mágico y alucinaciones y está fenomenológicamente relacionada con síntomas positivos de psicosis. Los apartados se califican como “sí” o “no” con un rango potencial de puntuaciones de 0 a 30. Las normas O-LIFE⁴⁵ indican una media de 8,8 y una desviación estándar de 6,2. La puntuación umbral para este estudio fue 15.

Evaluaciones de PE

Se efectuaron evaluaciones clínicas únicamente en los grupos clínicos y no clínicos.

Se utilizó la entrevista semiestructurada AANEX¹⁶ para obtener las PE actuales de los participantes y sus correlaciones emocionales y cognitivas asociadas. La primera parte de la entrevista (AANEX-Inventario, formato breve18) consta de 17

experiencias anómalas que son evaluadas para determinar la presentación y la gravedad en la vida de la persona y en la actualidad (en el último mes. Cada apartado se califica con una escala de 3 puntos (1 = no presente; 2 = no claro; 3 = presente). Las puntuaciones totales posibles fluctúan de 17 a 51 para el curso de la vida y las experiencias actuales.

Las puntuaciones de cinco factores también se generan a través de la suma de las puntuaciones de apartados individuales¹⁵: a) significación-referencia (que refleja estados maníacos o hipomaniacos y experiencias, ideas de referencia, introspección y experiencias “reveladoras” relevantes); b) alucinatorias paranormales (que refleja alteraciones en el sentido de intermediación y pasividad, alucinaciones somáticas y experiencias paranormales como los medios, la clarividencia y la magia, y percepción de otras entidades y energías); c) atención cognitiva (que refleja cambios subjetivos inespecíficos o disfunciones del pensamiento y la atención, tales como bloqueos del pensamiento y pérdida de habilidades automáticas); d) disociativas perceptuales (que refleja las experiencias disociativas como la despersonalización y la desrealización, junto con otros cambios globales en la percepción); y e) síntomas de primer orden (que comprenden alucinaciones auditivas específicas, experiencias de límites debilitados entre el yo y otros, como la transmisión de pensamientos, la receptividad y las emociones “hechas”).

Las experiencias anómalas desencadenadas por la primera parte son utilizadas luego para fijar la segunda parte de la entrevista (AANEX-CAR [Contexto Apreciaciones y Respuesta]), que abarca factores emocionales y cognitivos relacionados con las experiencias anómalas, y el contexto en el cual ocurrieron. Se añadieron apartados emocionales para evaluar “flexibilidad de creencias”, derivadas de la Escala de Maudsley para la Evaluación de los Delirios (MADS)⁴⁸. Aquí solo se informaron los datos del AANEX-Inventario.

Se utilizaron la SAPS⁴⁴ y la Escala para la Evaluación de los Síntomas Negativos (SANS)⁴⁹ para evaluar los síntomas positivos y negativos de psicosis. La SAPS consta de 35 apartados subdivididos en cuatro secciones: alucinaciones, delirios, conducta anómala y trastorno del pensamiento formal positivo. La SANS consta de 25 apartados subdivididos en 5 secciones: embotamiento afectivo o bloqueo emocional, alergia, avolición-apatía, anhedonia-asocialidad y atención. Las puntuaciones para cada apartado reflejan el grado de gravedad y la frecuencia, y fluctúan de 0 (ninguno) a 5 (grave). Cada subescala produce una evaluación global (también 0-5). El rango total de puntuaciones es 0-175 para SAPS y 0-125 para SANS.

Medidas de factores sociodemográficos y ambientales

Se utilizó una forma demográfica para registrar la siguiente información de todos los participantes: edad, género, grupo étnico, posición socioeconómica (SES) actual, años de educación, estado de empleo actual, estado migratorio, lengua materna, estado de relación actual y pasado, número de niños, afiliación religiosa o espiritual, uso de drogas actual y pasado. La edad al inicio y la duración del tiempo de las PE se obtuvieron de grupos clínicos y no clínicos. Los medicamentos actuales, el diagnóstico y el número de ingresos se verificaron a través del análisis de notas de casos para el grupo clínico.

Se adoptó la Herramienta de Evaluación Social-Ambiental (SEAT)⁵⁰ para evaluar el capital social. Consta de cuatro subdominios: trastorno cívico (es decir, robos, vandalismo, truhanería); repercusión del trastorno cívico (es decir, cuán preocu-

pados se sentían los respondientes en torno al delito y al trastorno); control social informal (es decir, cuánta probabilidad existe de que las personas pongan en práctica acciones en torno al trastorno cívico); y cohesión social y confianza (es decir, si se puede confiar en las personas, están dispuestas a ayudar, cooperarán para campañas de problemas locales, se sienten parte de la sociedad). Los primeros tres dominios constan de cuatro apartados y el cuarto de 11 apartados (todos los apartados se califican con 1-5). Las puntuaciones de suma para cada subdominio son normalizadas en z y se crea una puntuación de capital social global utilizando una suma ponderada de las puntuaciones z para cada subdominio.

Se utilizó una forma breve de la Escala de Wechsler para la Inteligencia del Adulto, 3ra edición (WAIS-III)⁵¹, que consistió en una subprueba de cada índice cognitivo: comprensión verbal, diseño de bloque (organización perceptual), aritmética (memoria operativa) y símbolos y dígitos (velocidad de procesamiento). Las puntuaciones en las escalas de las cuatro subpruebas se sumaron y se dividieron entre el número total de subpruebas (11) para generar una puntuación total de estimación de WAIS, la cual luego se convirtió en una puntuación de IQ estimada.

El Esquema de Experiencias de Victimización (VES)⁵² fue desarrollado para este estudio. Es una entrevista semiestructurada que incorpora las dos categorías de trauma interpersonal y discriminación percibida. Los apartados relevantes de una serie de escalas existentes — experiencia de atención y abuso en la infancia⁵³, Cuestionario de Antecedente de Trauma⁵⁴, Entrevistas de Discriminación⁵⁵ — fueron seleccionados para abarcar la gama de experiencias de victimización relevantes a la psicosis. La primera categoría consta de 9 apartados: abuso sexual (dividido en relación sexual y contacto sexual no deseado); abuso físico; ataque físico (con y sin un arma); amenaza de agresión; acoso; abuso psicológico; descuido parental. La segunda categoría consta de cinco apartados que evalúan la discriminación percibida cotidiana (tratado injustamente; en el trabajo, por la policía, por el sistema judicial, por vecinos o familia al recibir atención médica). Se obtuvieron tres puntuaciones para cada categoría: número total de experiencias interpersonales de trauma y discriminación en la infancia, en la edad adulta, y durante el curso de la vida. Las puntuaciones de las diferentes categorías también se pueden sumar para proporcionar puntuaciones de victimización totales. Aquí solo se informaron las puntuaciones de trauma interpersonal durante la infancia y de discriminación en el curso de la vida.

Características psicológicas

Se utilizaron los Inventarios de Beck sobre Depresión y Ansiedad (BDI-II⁵⁶ y BAI⁵⁷) para evaluar la depresión y los síntomas de ansiedad, respectivamente. Constan de 21 apartados, y a los respondientes se les pide que evalúen la gravedad de cada apartado en la semana previa en una escala de 4 puntos (rango potencial de puntuaciones 0-63; puntuaciones más altas representan alteraciones mentales más intensas).

Se adoptó la Escala de Estrés Percibido (PSS)⁵⁸ para explorar los grados percibidos de estrés en el último mes. Esta comprende 10 apartados, cada uno calificado en una escala de 5 puntos que van desde “nunca” hasta “con mucha frecuencia”, con un rango potencial de puntuación de 0 a 40 (las puntuaciones más altas representan grados más altos de estrés percibido).

Se utilizó la Escala del Esquema Central Breve (BCSS)²³ para evaluar las creencias sostenidas a largo plazo (es decir, “esquemas”) sobre sí mismo y sobre otros. Esta consta de 24 apartados, evaluados en una escala de 5 puntos desde “no lo creo” a “lo creo completamente”. Se obtuvieron cuatro puntuaciones relacionadas con el “yo positivo”, “yo negativo”, “otros positivos” y “otros negativos”, cada una con seis apartados (rango potencial de puntuaciones 0 a 24, las puntuaciones más altas representan esquemas más potentes para cada subescala).

Se utilizó el Cuestionario para la Evaluación del Yo (QES)⁵⁹ para evaluar la autoestima. Este es un cuestionario de 21 apartados basados en la Entrevista de Autoevaluación y Apoyo Social⁶⁰ modificada, en la que se evalúa atributos positivos, negativos y de autoaceptación. Cada subescala tiene siete apartados que se califican en una escala de 4 puntos desde “no estoy de acuerdo” hasta “estoy muy de acuerdo” (rango de puntuaciones 7-28; puntuaciones más altas representan atributos más fuertes para cada subescala).

Se adoptaron los Cuestionarios de Atención Plena de Southampton (SMQ)^{61,62} para evaluar las respuestas habituales de los participantes a pensamientos e imágenes angustiantes (todos los grupos), y a voces (únicamente los grupos clínicos y no clínicos). Cada uno de estos cuestionarios consta de 16 apartados calificados en una escala de 7 puntos, desde “totalmente de acuerdo” hasta “totalmente en desacuerdo”, con un rango potencial de puntuaciones de 0-96 para cada cuestionario (las puntuaciones más altas representan mejor capacidad para responder a pensamientos e imágenes y voces con una atención plena).

Se utilizó la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)⁶³ para evaluar la satisfacción con la vida. Esta es una medida de autoevaluación de 5 apartados. Cada afirmación se califica en una escala de 7 puntos, que fluctúa desde “muy en desacuerdo” a “muy en acuerdo”, con un rango potencial de puntuaciones de 5-35 (las puntuaciones altas representan una mayor satisfacción con la vida).

El Cuestionario de Bienestar Psicológico – Cambios Post-traumáticos (PWB-PTCQ)⁶⁴ explora cualquier secuela positiva a las experiencias traumáticas, y se adaptó en este estudio para identificar los cambios positivos que ocurren como resultado de las PE. Es una medida de autoevaluación de 18 apartados, con seis subescalas (autoaceptación, autonomía, propósito en la vida, relaciones, sentido de dominio, crecimiento personal). Cada apartado se evalúa en una escala de 5 puntos, que va desde “mucho más ahora” a “mucho menos ahora”, con un rango de puntuaciones de 18-90 (las puntuaciones más altas representan mayor bienestar psicológico). Esta escala no se administró a los testigos.

Se utilizó el Cuestionario de Vinculación Parental (PBQ)⁶⁵ para evaluar las percepciones retrospectivas de los participantes en torno a las actitudes y conductas de los padres hacia ellos durante los primeros 16 años de edad. Esta escala consta de 2 formas de 25 apartados (una para la madre y la otra para el padre), cada una de las cuales comprende una subescala sobre protección (13 apartados) y una sobre cuidado (12 apartados). Cada apartado fue calificado en una escala de 4 puntos (“muy probable” a “muy improbable”). El rango potencial de las puntuaciones para la escala de protección es de 0 a 39, y para los cuidados de 0 a 36. Las puntuaciones bajas en la escala de protección se relacionan con la aceptación percibida de la autonomía, en tanto que las puntuaciones altas reflejan la intrusión percibida y el control excesivo. Las puntuaciones baja en la

escala de cuidados se relacionan con la indiferencia y el rechazo; las puntuaciones altas se relacionan con el calor y el afecto percibidos.

Procedimientos

La aprobación ética para el estudio UNIQUE se obtuvo de Comité de Servicio de Ética de Investigación Nacional de London-Wenstminster (12/LO/0766); South London and Maudsley NHS Foundation Trust/King’s College London Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience Research and Development (R&D2012/047); y Betsi Cadwaladr University Health Board Research and Development (Jackson/LO/0766). Después del consentimiento informado por escrito, los participantes elegibles llenaron todas las evaluaciones con los investigadores. Al final del estudio se les informó a los participantes y se les proporcionó una remuneración de 30 libras esterlinas.

Se grabaron en audio las entrevistas para la puntuación, con el consentimiento del participante. Las fiabilidades entre evaluadores (verificadas utilizando 35 entrevistas en los centros y grupos, evaluadas por el coordinador del estudio y los investigadores individuales) para los totales de los tres inventarios de AANEX indicaron un acuerdo casi perfecto (con relación intraclase, ICC = 0,995-0,998). La fiabilidad entre evaluadores para la SAPS y la SANS combinadas (ICC = 0,904) y para la VES (ICC = 0,99) también demostró un acuerdo casi completo.

Estrategia analítica

Se verificó la distribución de las variables continuas para garantizar que se cumplieran las suposiciones básicas de las pruebas paramétricas. Donde se identificaron desviaciones de una distribución normal, se dicotomizaron las variables o se realizaron pruebas no paramétricas. Los ANOVA unidireccionales o las pruebas de la t (factores sociodemográficos y ambientales; características psicológicas), MANOVA (AANEX, SEAT) o de Kruskal-Wallis (VES) fueron utilizadas para evaluar diferencias significativas entre los grupos, seguidas de comparaciones de la diferencia menos significativa a posteriori o pruebas de Mann-Whitney (SAPS y SANS) entre grupos específicos cuando fue apropiado. Las variables categóricas se evaluaron utilizando pruebas de la χ^2 . El grado de significación se estableció en $p < 0,01$ para los análisis de las PE debido a las múltiples pruebas en constructos relacionados.

RESULTADOS

Los grupos no fueron diferentes en cuanto a edad ($F_{2,256} = 2,5$; $p = 0,09$), pero hubo más hombres en los grupos clínicos que en los otros dos ($\chi^2 = 31,3$, $df = 2$; $p < 0,001$). Los resultados se presentan en las Tablas 1-3.

Tipos de PE (véase Tabla 1)

El grupo no clínico tuvo una edad de inicio más joven para sus PE que el grupo clínico y la mitad vivió con sus experiencias por más tiempo. Más del 75% en ambos grupos informaron haber escuchado voces durante el curso de su vida. Los dos grupos informaron alucinaciones en todas las modalidades, aunque las voces de comentarios y conversaciones fueron infrecuentes en los individuos no clínicos, en tanto que las alu-

cinaciones somáticas/táctiles y olfativas (a nivel de tendencia) fueron más frecuentes en la muestra no clínica. Esta última también tuvo puntuación significativamente más alta tanto en el factor paranormal–alucinatorio en el curso de la vida y actual en AANEX que el grupo clínico, lo que refleja una mayor frecuencia de experiencias mágicas y precognitivas, alucinaciones somáticas y experiencias de pasividad.

Los síntomas de primer orden, sobre todo la inserción de pensamiento, la lectura de la mente y la sensación de ser controlado, también fueron comúnmente informados en el grupo no clínico, aunque tuvieron una mayor frecuencia en el curso de la vida (pero no actual) en el grupo clínico. Los individuos del grupo no clínico mostraron escasos signos de ser paranoides o delirantes, aparte de las ideas de referencia que comúnmente se comunicaron, pero todavía con menos frecuencia que en el grupo clínico.

En comparación con el grupo clínico, la muestra no clínica informó menos síntomas negativos y dificultades cognitivas, tanto en la actualidad como en el curso de su vida. En concreto, su puntuación promedio fue $< 0,5$ para todos los apartados individuales de SANS.

También tuvieron puntuaciones más bajas en la conducta anómala y en el trastorno del pensamiento (aunque estas no fueron frecuentes tampoco en el grupo clínico). En las puntuaciones totales y globales en SAPS y SANS, los individuos no clínicos tuvieron menores puntuaciones que sus homólogos sintomáticos, aunque no hubo diferencias significativas en los totales del inventario de AANEX sean en la actualidad o en el curso de la vida.

Factores sociodemográficos y ambientales (Tabla 2)

La muestra no sintomática tuvo diferencias en la orientación prevista con respecto al grupo clínico en 16 (tendencia +1) de los 25 factores sociodemográficos y ambientales que se midieron. Tuvieron menos probabilidades que el grupo clínico de: pertenecer a grupos étnicos minoritarios británicos y ser inmigrantes (a nivel de tendencia); provenir de un medio de clase obrera y de vivir en zonas con trastorno cívico (aunque no hubo ninguna diferencia por lo que respecta al capital social global); tener un antecedente familiar de psicosis (aunque no de problemas de salud mental general). Tuvieron un IQ más alto, tenían más formación educativa y más probabilidades de ser empleados o de estar en capacitación, con mayores grados profesionales; tenían más probabilidades de estar o de tener una relación a largo plazo y de tener hijos; tenían menos probabilidades de utilizar drogas.

A los participantes no clínicos se les seleccionó para que fueran equiparables a los testigos por lo que respecta a edad, género sexual, grupo étnico y formación educativa, y por consiguiente no fueron diferentes en estas variables. Además, no fueron diferentes de los testigos en la mayor parte de las otras variables analizadas (19 de 23), aparte de que el grupo no clínico tuvo un IQ ligeramente más bajo, una mayor proporción notificó ser espiritual y seguir religiones no tradicionales, y tendencia a tomar menos drogas que los testigos.

En relación con la victimización, no hubo diferencias entre los grupos clínicos y no clínicos en cuanto al número de sucesos traumáticos interpersonales en la infancia, de manera que el último grupo tuvo puntuaciones más altas que los testigos (aunque la diferencia global del grupo fue solo a nivel de tendencia). Sin embargo, los individuos clínicos informaron signi-

ficativamente más discriminación en el curso de la vida que los otros dos grupos.

Características psicológicas (Tabla 3)

La muestra no clínica tuvo diferencias en la orientación prevista con respecto al grupo clínico en 15 de las 18 características analizadas. En comparación con la muestra no clínica, el grupo clínico fue más ansioso, deprimido y estresado, informó menos autoestima y una puntuación más alta en esquemas negativos en torno a sí mismos y a los demás. Por otra parte, los participantes no clínicos mostraron más autoaceptación y tuvieron más probabilidades de percibirse a sí mismos como portadores de atributos positivos, tuvieron puntuaciones más altas en esquemas positivos sobre el yo y los demás, estaban más satisfechos con la vida y tuvieron puntuaciones más altas en la atención plena que incluso el grupo de control. Informaron un gran bienestar psicológico como resultado de sus PE, y quienes escuchaban voces y que no tenían síntomas tenían más capacidad de aceptar sus voces y de tener un tipo de respuesta de atención plena que sus contrapartes clínicas.

Aunque los participantes no clínicos se mostraban un poco más ansiosos que los testigos, su media de puntuación en el BAI todavía se encontró dentro del rango de ansiedad mínima (0-7). El único dominio psicológico donde las diferencias entre los grupos clínicos y otros no se observaron o fueron equívocas ($p > 0,01$) fue la percepción de las relaciones parentales, aunque el grupo clínico tenía notablemente más individuos que no tuvieron algún tipo de relación paterna (18%) que los otros dos grupos (no clínico = 3%; testigos = 6%).

DISCUSIÓN

En el estudio más extenso de su clase, y en términos generales en congruencia con nuestras hipótesis, descubrimos: a) un patrón distintivo de similitudes y diferencias en las PE individuales entre grupos clínicos y no clínicos, lo que señaló que algunos tipos de PE son más benignos que otros; b) que los factores sociodemográficos y ambientales específicos pueden proteger contra la aparición de la “necesidad de tratamiento”; c) que es posible ser psicológica y emocionalmente sano y a la vez experimentar PE persistentes. Estos resultados respaldan modelos biopsicosociales^{21,22,37} que resaltan la importancia de factores ambientales y psicológicos en la etiología de la psicosis y la necesidad de tratamiento.

La principal limitación del estudio fue que el alistamiento de la mayor parte del grupo con PE persistentes no se implementó en una forma epidemiológica; más bien nos dirigimos a una muestra selectiva de organizaciones de interés especializado, que tienden a tener un alto funcionamiento y que están inmersas en grupos subculturales que probablemente proporcionan validación y aceptación de sus PE. Por consiguiente, nuestra muestra puede no ser representativa del grupo más general de individuos de la población general con PE, quienes pueden angustiarse por sus experiencias^{67,68} y tienen necesidades de salud mental no satisfechas⁶⁹. Si bien habría sido preferible una muestra epidemiológica, esto es logísticamente difícil pues los individuos con PE persistentes, por contraposición a transitorias, son infrecuentes. No obstante, el objetivo del presente estudio no fue caracterizar una muestra representativa de

Tabla 1. Tipos de experiencias psicóticas (PE) persistentes en grupos no clínicos y clínicos

	No clínico (n = 92)	Clínico (n = 84)	Estadística
Edad de inicio de PE (años, media ±DE)	15,0 ± 12,3	22,0 ± 10,4	$t_{174} = 53,9, p < 0,001$
Duración con PE (años, media ± PE)	31,2 ± 15,3	20,2 ± 12,9	$t_{174} = 55,1, p < 0,001$
Alucinaciones auditivas de por vida (%)	77,2	88,1	$X^2 = 53,6, df = 1, p < 0,06$
SAPS-total (media ± DE)	12,3 ± 7,2	27,5 ± 15,5	$U_{173} = 1433, p < 0,001$
SAPS-evaluación global de alucinaciones (media ± DE)	2,5 ± 1,3	3,2 ± 1,9	$U_{173} = 2494, p < 0,001$
SAPS-evaluación global de delirios (media ± DE)	2,3 ± 1,4	3,7 ± 1,2	$U_{173} = 1618, p < 0,001$
SAPS-evaluación global de conducta anómala (media ± DE)	0,1 ± 0,4	0,7 ± 1,1	$U_{173} = 2718, p < 0,001$
SAPS-evaluación global de trastorno del pensamiento (media ± DE)	0,1 ± 0,3	1,0 ± 1,3	$U_{173} = 2227, p < 0,001$
SANS-total (media ± DE)	3,0 ± 3,3	22,7 ± 13,4	$U_{173} = 250, p < 0,001$
SANS-total global de evaluaciones (suma de 5 evaluaciones globales) (media ± DE)	1,5 ± 1,7	9,3 ± 4,3	$U_{173} = 216, p < 0,001$
SAPS-alucinaciones somáticas-táctiles (media ± DE)	2,1 ± 1,7	1,4 ± 1,7	$U_{173} = 2845, p = 0,002$
SAPS-delirios de referencia (media ± DE)	1,7 ± 1,7	2,9 ± 1,7	$U_{173} = 2436, p < 0,001$
SAPS-alucinaciones visuales (media ± DE)	1,6 ± 1,7	1,3 ± 1,8	$U_{173} = 3392, p = 0,17$
SAPS-inserción de pensamiento (media ± DE)	1,6 ± 1,7	1,9 ± 1,9	$U_{173} = 3483, p = 0,29$
SAPS-alucinaciones auditivas (media ± DE)	1,4 ± 1,4	2,8 ± 2,2	$U_{173} = 2407, p < 0,001$
SAPS-lectura de pensamiento (media ± DE)	1,1 ± 1,4	1,7 ± 1,9	$U_{173} = 3152, p = 0,03$
SAPS-alucinaciones olfativas (media ± DE)	0,7 ± 1,2	0,4 ± 1,1	$U_{173} = 3273, p = 0,03$
SAPS-sensaciones de ser controlado (media ± DE)	0,5 ± 1,1	1,1 ± 1,8	$U_{173} = 3265, p = 0,03$
SAPS-voces comentando (media ± DE)	0,3 ± 1,0	1,6 ± 2,1	$U_{173} = 2505, p < 0,001$
SAPS-transmisión del pensamiento (media ± DE)	0,2 ± 0,6	1,5 ± 2,0	$U_{173} = 2412, p < 0,001$
SAPS-voces conversando (media ± DE)	0,2 ± 0,6	1,1 ± 1,8	$U_{173} = 2751, p < 0,001$
SAPS-delirios de grandeza (media ± DE)	0,2 ± 0,7	0,8 ± 1,5	$U_{173} = 3132, p = 0,003$
SAPS-retirada de pensamiento (media ± DE)	0,1 ± 0,5	0,8 ± 1,5	$U_{173} = 2962, p < 0,001$
Delirios religiosos en SAPS (media ± DE)	0,1 ± 0,4	0,8 ± 1,5	$U_{173} = 2884, p < 0,001$
SAPS-delirios de persecución (media ± DE)	0,1 ± 0,4	1,9 ± 1,6	$U_{173} = 1438, p < 0,001$
SAPS-afecto inadecuado (media ± DE)	0,03 ± 0,3	0,3 ± 0,9	$U_{172} = 3410, p = 0,006$
SAPS-delirios de celos (media ± DE)	0,01 ± 0,1	0,3 ± 0,7	$U_{173} = 3258, p < 0,001$
SAPS-delirios de pecado/culpa (media ± DE)	0,01 ± 0,1	0,7 ± 1,3	$U_{173} = 2932, p < 0,001$
SAPS-delirios somáticos (media ± DE)	0,01 ± 0,1	0,3 ± 0,9	$U_{173} = 3349, p = 0,001$
AANEX-total actual (media ± DE)	28,6 ± 5,1	30,1 ± 6,2	$F_{1,172} = 2,9, p = 0,088$
AANEX-tiempo de por vida total (media ± DE)	34,8 ± 4,9	36,3 ± 6,4	$F_{1,172} = 2,8, p = 0,098$
AANEX-referencia de significado, actual (media ± DE)	7,7 ± 2,1	7,5 ± 2,2	$F_{1,172} = 0,7, p = 0,41$
AANEX-referencia de significado en el curso de la vida (media ± DE)	9,1 ± 2,1	8,7 ± 2,3	$F_{1,172} = 1,5, p = 0,23$
AANEX-síntomas de primer orden, actuales (media ± DE)	7,5 ± 1,9	8,1 ± 2,5	$F_{1,172} = 2,8, p = 0,096$
AANEX-síntomas de primer orden en el curso de la vida (media ± DE)	8,9 ± 1,6	9,7 ± 2,0	$F_{1,172} = 9,5, p = 0,002$
AANEX-alucinaciones paranormales, actuales (media ± DE)	5,9 ± 1,7	5,1 ± 1,9	$F_{1,172} = 9,3, p = 0,003$
AANEX-alucinatorias paranormales en el curso de la vida (media ± DE)	7,5 ± 1,4	6,5 ± 2,1	$F_{1,172} = 17,7, p < 0,001$
AANEX-disociativa-perceptual-actual (media ± DE)	3,8 ± 1,4	4,5 ± 1,8	$F_{1,172} = 7,5, p = 0,007$
AANEX-disociativa-perceptual, en el transcurso de la vida (media ± DE)	5,3 ± 1,9	5,8 ± 2,0	$F_{1,172} = 2,9, p = 0,093$
AANEX-en la cognición y la atención, actual (media ± DE)	5,3 ± 1,9	5,8 ± 2,0	$F_{1,172} = 2,9, p = 0,093$
AANEX-cognitiva-atención, en el curso de la vida (media ± DE)	4,1 ± 1,6	5,7 ± 1,8	$F_{1,172} = 38,3, p < 0,001$

SAPS-Escala para la evaluación de síntomas positivos; SANS-Escala para la evaluación de síntomas negativos; AANEX, Entrevista sobre Apreciaciones de Experiencias Anormales-Inventario.

Las diferencias significativas se resaltan en negrita; los apartados en SAPS se enumeran en orden de evaluación de gravedad en el grupo no clínico.

Tabla 2. Factores sociodemográficos y ambientales en los tres grupos

	Testigos (n = 83)	No clínicos (n = 92)	Clínicos (n = 84)	Estadísticas
Grupo étnico (%)				Caucásicos frente a otros: $\chi^2=20,1$, $df=2$, $p<0,001$ (clínico < no clínico = testigos)
Caucásico	90,4	87,0	65,5	
Mixto	2,4	3,3	4,8	
Asiático	2,4	2,2	2,4	
Negro	3,6	6,5	26,2	
Otros	1,2	1,1	1,2	
Inmigrantes (%)	12,1	15,2	26,2	$\chi^2 = 6,4$, $df = 2$, $p = 0,04$ (clínico > no clínico a nivel de tendencia; no clínico = testigos)
Inglés como primer idioma (%)	89,0	91,2	88,1	$\chi^2 = 0,5$, $df = 2$, $p = 0,79$
Educación (años, media \pm DE)	17,1 \pm 4,0	16,8 \pm 4,2	14,7 \pm 5,8	$F_{2,254} = 6,3$, $p = 0,002$ (clínico < no-clínico = testigos)
Empleado/en capacitación (%)	78,3	69,6	16,7	$\chi^2 = 76,1$, $df = 2$, $p < 0,001$ (clínico < no-clínico = testigos)
Empleo actual* (%)				$\chi^2 = 100,8$, $df = 8$, $p < 0,001$ (clínico < no-clínico = testigos)
Asalariado	28,9	18,9	0	
Intermedio	21,7	21,1	0	
Clase trabajadora	6,0	13,3	6,0	
Nunca trabajó/ desempleado a largo plazo	22,9	32,2	90,5	
No clasificable	20,5	14,4	3,6	
Casado/pareja (%)	47,0	50,0	21,4	$\chi^2 = 17,6$, $df = 2$, $p < 0,001$ (clínico < no clínico = testigos)
Nunca tuvo relación (%)	92,8	96,7	75,0	$\chi^2 = 22,5$, $df = 2$, $p < 0,001$ (clínico < no clínico = testigos)
Niños (uno o más, %)	59,0	57,6	35,7	$\chi^2 = 11,6$, $df = 2$, $p = 0,003$ (clínico < no clínico = testigos)
Antecedente familiar de psicosis (%)	5,0	10,2	24,7	$\chi^2 = 14,0$, $df = 2$, $p = 0,001$ (clínico > no clínico = testigos)
Antecedente familiar de problemas de salud mental (%)	28,0	31,5	43,0	$\chi^2 = 4,4$, $df = 2$, $p = 0,11$
Religión (%)				$\chi^2 = 68,2$, $df=4$, $p < 0,001$ (clínico \neq no clínico \neq testigos)
Ninguna	57,8	34,8	19,0	
Tradicional	33,7	20,7	65,5	
No tradicional	8,4	44,6	15,5	
Espiritual (%)	41,0	91,1	76,5	$\chi^2 = 54,2$, $df = 2$, $p < 0,001$ (no clínico > clínico > testigos)
Uso de cannabis, pasado (%)	41,0	33,7	53,6	$\chi^2 = 7,2$, $df = 2$, $p = 0,027$ (clínico > no clínico; clínico = testigos; no clínico = testigos)
Uso de cannabis, presente (%)	4,8	2,2	10,7	$\chi^2 = 6,1$, $df = 2$, $p = 0,048$ (clínico > no clínico; clínico = testigos; no clínico = testigos)
Uso de otras drogas, pasado (%)	25,3	12,0	36,9	$\chi^2 = 14,9$, $df = 2$, $p = 0,001$ (no clínico < clínico = testigos)
Uso de otras drogas, presente (%)	2,4	0	2,4	$\chi^2 = 2,3$, $df = 2$, $p = 0,32$
SEAT-total (media \pm DE)	0,20 \pm 2,6	0,04 \pm 2,9	20,13 \pm 2,6	$F_{2,250} = 0,3$, $p = 0,73$
SEAT-trastorno cívico (media \pm DE)	0,05 \pm 0,9	0,21 \pm 0,9	20,27 \pm 1,1	$F_{2,250} = 5,2$, $p = 0,006$ (clínico < no clínico = testigos)
SEAT-repercusión de trastorno cívico (media \pm DE)	0,08 \pm 1,0	0,02 \pm 1,0	20,10 \pm 1,1	$F_{2,250} = 0,7$, $p = 0,49$
SEAT-control social informal (media \pm DE)	20,04 \pm 1,0	20,12 \pm 1,0	0,18 \pm 0,9	$F_{2,250} = 2,0$, $p = 0,14$
SEAT-cohesión social y confianza (media \pm DE)	0,16 \pm 0,9	20,05 \pm 1,1	20,10 \pm 1,0	$F_{2,250} = 1,7$, $p = 0,19$
IQ (media \pm DE)	112,0 \pm 16,5	105,0 \pm 14,0	85,0 \pm 14,2	$F_{2,247} = 71,1$, $p < 0,001$ (clínico < no clínico < testigos)
VES-trauma interpersonal infantil (media \pm DE)	2,4 \pm 2,2	3,0 \pm 2,4	2,6 \pm 2,5	$K = 4,8$, $df = 2$, $p = 0,009$ (testigos < no clínicos; no clínicos = clínicos; clínicos = testigos)
VES-discriminación en el curso de la vida (media \pm DE)	1,0 \pm 1,2	1,2 \pm 1,4	1,9 \pm 1,7	$k = 16,2$, $df = 2$, $p < 0,001$ (clínico > no clínico = testigos)

*Clasificado de acuerdo con la clasificación socioeconómica europea (ESeC)⁶⁶

SEAT-Herramienta de Evaluación del Entorno Social; VES-Esquema de Experiencias de Victimización.

Las diferencias significativas se resaltan en negrita

la población general con PE, sino comparar a los individuos con desenlaces insatisfactorios y satisfactorios de las PE persistentes, y de allí que nuestros resultados todavía sean informativos dentro de este contexto.

Tipos de PE

La mayor parte del grupo no clínico informó escuchar voces en el curso de su vida y fueron comunes las alucinacio-

Tabla 3. Características psicológicas en los tres grupos

	Testigos (n = 82)	No clínicos (n = 91)	Clínicos (n = 83)	Estadísticas
Inventario de Depresión de Beck-II (media ± DE)	5,9 ± 8,2	6,7 ± 7,1	20,9 ± 14,0	$F_{2,251} = 57,3, p < 0,001$ (clínico > no clínicos = testigos)
Inventario de Ansiedad de Beck (media ± DE)	3,7 ± 5,0	6,8 ± 7,2	17,4 ± 12,8	$F_{2,251} = 52,8, p < 0,001$ (clínico > no clínico > testigos)
Escala de Estrés Percibido (media ± DE)	13,5 ± 7,0	13,7 ± 7,2	20,1 ± 7,4	$F_{2,246} = 22,0, p < 0,001$ (clínico > no clínico = testigos)
QES atributos positivos (media ± DE)	21,3 ± 3,5	21,8 ± 3,7	19,0 ± 4,9	$F_{2,251} = 11,2, p < 0,001$ (clínico < no clínico = testigos)
QES-atributos negativos (media ± DE)	8,9 ± 2,2	8,7 ± 2,4	11,7 ± 4,2	$F_{2,251} = 25,4, p < 0,001$ (clínica > no clínica = testigos)
QES-auto aceptación, falta de (media ± DE)	12,0 ± 3,5	11,7 ± 2,9	16,5 ± 5,6	$F_{2,252} = 34,4, p < 0,001$ (clínico > no clínico = testigos)
BCSS-yo positivo (media ± DE)	14,2 ± 5,5	14,9 ± 7,0	10,2 ± 6,9	$F_{2,252} = 13,0, p < 0,001$ (clínico < no clínico = testigos)
BCSS-yo negativo (media ± DE)	1,8 ± 3,2	2,0 ± 3,2	6,0 ± 6,2	$F_{2,253} = 24,0, p < 0,001$ (clínico > no clínico = testigos)
BCSS-otros positivos (media ± DE)	13,6 ± 5,4	12,9 ± 4,9	11,0 ± 6,0	$F_{2,250} = 5,3, p = 0,006$ (clínico < no clínico = testigos)
BCSS-otros negativos (media ± DE)	3,8 ± 5,4	4,8 ± 5,3	9,1 ± 6,8	$F_{2,251} = 19,6, p = 0,001$ (clínico > no clínico = testigos)
Escala de Satisfacción con la Vida (media ± DE)	23,3 ± 7,1	23,6 ± 6,7	17,2 ± 7,9	$F_{2,251} = 21,1, p < 0,001$ (clínico < no clínico = testigos)
Cuestionario de Bienestar Psicológico Post PE (media ± DE)		72,9 ± 11,9	61,5 ± 14,3	$F_{1,169} = 32,7, p < 0,001$
SMQ-pensamientos/imágenes (media ± DE)	58,9 ± 15,6	63,4 ± 15	47,0 ± 12,7	$F_{2,228} = 24,6, p < 0,001$ (no clínicos > testigos > clínico)
SMQ-voces* (media ± DE)		69,2 ± 14,5	48,0 ± 13,3	$F_{1,88} = 51,8, p < 0,001$
PBQ-protección, madre (media ± DE)	12,6 ± 8,0	14,5 ± 9,3	15,6 ± 7,9	$F_{2,247} = 2,6, p = 0,076$ (clínico < no clínico = testigos)
PBQ-protección, padre (media ± DE)	11,4 ± 8,0	11,4 ± 7,6	14,8 ± 8,6	$F_{2,225} = 4,0, p = 0,02$ (clínico > no clínico = testigos)
PBQ-cuidados, madre (media ± DE)	23,2 ± 9,4	22,7 ± 10,3	24,3 ± 9,9	$F_{2,247} = 0,6, p = 0,55$
PBQ, cuidados, padre (media ± DE)	21,8 ± 9,6	21,4 ± 11,3	23,7 ± 9,2	$F_{2,225} = 1,1, p = 0,35$

*Solo a los que escuchaban voces se les administró este cuestionario (no clínicos: n = 41; clínicos: n = 49)

QES-Cuestionario para la Evaluación del Yo; BCSS, Escalas de Esquema Central Breves; PE, experiencias psicóticas persistentes; SMQ, Cuestionarios de Atención Plena de Southampton; PBQ, Cuestionario de Vínculo Parental.

Las diferencias significativas se resaltan en negrita.

nes en todas las modalidades, siendo algunos tipos más frecuentes que en el grupo clínico. También se informaron síntomas de primer orden, como experiencias de pasividad, inserción de pensamiento y lectura de los pensamientos, y hubo ideas notables de referencia. Las experiencias distaron mucho de ser transitorias (la duración promedio fue 31 años, con una edad de inicio más temprana que en el grupo clínico, reproduciéndose los resultados de otros estudios que suelen mostrar un inicio de PE en la infancia o en la adolescencia de estos individuos^{18,19,33}). Sin embargo, hubo algunos síntomas positivos individuales que pueden ser más patológicos que otros: voces comentando y conversando, por ejemplo, y experiencias que señalan una pérdida del control sobre los propios pensamientos (como aislamiento y transmisión), raras veces se presentaron en el grupo no clínico. Así mismo, una diferencia importante entre los grupos fue la gravedad: aun cuando había síntomas positivos claros, no eran tan graves o tan frecuentes en el grupo no clínico, lo que señala que la inexorabilidad de estas experiencias puede ser un factor importante que conduzca a angustia y necesidad de tratamiento⁷⁰.

Los participantes en el grupo no clínico casi no presentaron síntomas negativos, conducta anómala y trastornos del pensamiento, lo cual es congruente con los datos comunicados por las personas sanas que escuchan voces³³. Así mismo, hubo menos probabilidades de que se comunicaran dificultades cognitivas en la atención que en el grupo clínico, lo cual ahora es

un hallazgo bien reproducido^{17,18,39,71}. Estos resultados son congruentes con la evidencia reciente de que los síntomas positivos en los individuos con riesgo ultraelevado de psicosis son predictores más débiles de la transición a la psicosis y de un desenlace funcional insatisfactorio que los síntomas negativos y desorganizados⁷² y las dificultades cognitivas subjetivas^{73,74}.

Por último, según se previó, los participantes no clínicos eran mucho menos paranoides que sus homólogos clínicos, y mostraron relativamente pocos delirios en general, aparte de las ideas de referencia. La presentación de PE sin delirios puede ser una distinción crucial entre la fenomenología de los grupos no clínicos y clínicos: otros estudios también han demostrado que una perspectiva paranoide del mundo y las evaluaciones de amenaza/inadaptación de experiencias anómalas distinguen a los dos grupos^{16,18,19,39} y, por tanto, pueden determinar si un individuo presentará una psicosis completamente declarada.

Factores sociodemográficos y ambientales

Como es de esperar, los dos grupos con PE fueron demográficamente muy distintivos, de manera que la muestra no clínica se pareció a los testigos en casi todas las variables analizadas. En general, los individuos no clínicos tuvieron menos desventajas sociales que los pacientes con psicosis y tenían más

roles socialmente apreciados. Tenían mayores recursos cognitivos que el grupo clínico e informaron menos utilización de fármacos que incluso los testigos. Aunque no es posible determinar la dirección de la causalidad, en conjunto estos hallazgos parecen indicar tentativamente que una falta de adversidad social y ambiental puede proteger contra los resultados desfavorables de las PE.

Una excepción notable fue la prevalencia del trauma infantil, que no fue diferente entre el grupo clínico y el no clínico, de manera que el último tuvo una puntuación más alta que los testigos. Una relación entre el trauma durante la infancia y la presentación de PE reproduce hallazgos previos^{18,34,35}, aunque el vínculo fue más débil en este estudio (diferencia general de grupo no alcanzó la significación). No obstante, estos resultados demuestran la importancia de identificar cuáles tipos específicos de adversidad pueden estar relacionados con la presentación de PE³⁶, y distinguir de los que se asocia una necesidad de tratamiento. Nuestros resultados son congruentes con los del estudio de Morgan et al.^{31,32} que señalan una interacción compleja entre factores de riesgo ambiental diferentes, lo que indica que existe la sinergia de la adversidad social y otros factores como el abuso de drogas y el riesgo familiar que, en combinación con la exposición al trauma infantil, puede impulsar a los individuos más allá del umbral para un trastorno psicótico.

Una mayor proporción de participantes no clínicos (> 90%) se describieron a sí mismos como espirituales (en un sentido religioso no tradicional) que las muestras de control y que el grupo clínico. La espiritualidad puede ser un factor clave en el desarrollo de apreciaciones positivas de las PE y en facilitar su validación social. La combinación de espiritualidad acentuada y los hallazgos sociodemográficos antes señalados pueden presentar una amortiguación psicosocial específica contra la posible repercusión nociva de las PE persistentes; o, dicho de otra manera, es probable que las PE persistentes solo se vuelvan problemáticas en el contexto de vulnerabilidades preexistentes, según lo señalan los modelos etiológicos contemporáneos de la psicosis^{21,22,37}.

Características psicológicas

Los participantes del grupo no clínico no informaron problemas emocionales actuales, tuvieron una autoestima íntegra, mostraron autoaceptación y esquemas saludables sobre sí mismos y otros, y tuvieron una gran satisfacción con la vida. Fueron indistinguibles de los testigos en cualquier medida, aparte de ser un poco más ansiosos, aunque su puntuación en BAI todavía estuvo dentro del rango de ansiedad mínima. Los hallazgos sobre las relaciones parentales fueron más equívocos, con una tendencia del grupo no clínico a informar que tenían más probabilidades de tener una relación paterna, y de percibir a sus padres como menos sobreprotectores, que el grupo clínico. Estos resultados precisan reproducción, potencialmente con una medida de apego más robusta⁷⁵.

El grupo no clínico informó relacionarse más atentamente con las voces que el grupo clínico, y con los sucesos internos potencialmente angustiantes que incluso el grupo de control. De un modo similar a la espiritualidad, un tipo de respuesta de atención plena puede, por tanto, representar un factor protector contra los desenlaces problemáticos de las PE. En general, estos hallazgos aportan evidencia sólida de que incluso las PE persistentes no necesariamente se asocian a alteraciones de la

salud mental, al menos en individuos que presentan una gama de factores ambientales y psicológicos protectores.

Implicaciones clínicas

Nuestros hallazgos tienen potenciales implicaciones para el tratamiento clínico de personas con PE, incluidos los individuos con riesgo ultraelevado de psicosis. Los tratamientos psicológicos (incluida la psicoterapia cognitiva conductual de la psicosis y las terapias de tercera generación como la terapia de aceptación y compromiso y la atención plena) tienen un enfoque normalizador y aceptador de las PE como un postulado central^{76,77}. Puesto que las PE pueden presentarse sin desenlaces patológicos, el objetivo del tratamiento puede no necesariamente ser descartar tales experiencias, sino valorarlas de una manera menos amenazante y menos paranoide, o lidiar con ellas de manera diferente⁷⁸. Estos resultados también tienen implicaciones claras para los servicios de atención a personas con riesgo ultraelevado. Si bien tradicionalmente el diagnóstico del estado de alto riesgo se ha inclinado considerablemente hacia la presentación de PE positivas, la falta de síntomas negativos y de disfunciones cognitivas subjetivas en la muestra no clínica es congruente con la evidencia reciente que indica que estas características se asocian sobre todo a un mayor riesgo de transición a la psicosis⁷⁹. Es importante la demostración de que los problemas psicológicos y emocionales son factores clave en diferenciar a los grupos, confirmando que merecen intervención por sí solos⁸⁰, independientemente de que sean consecuencias de las PE o contribuyan a ellas⁸¹⁻⁸³.

Esperamos que los hallazgos allanen el camino hacia un cambio de paradigma en la investigación de la psicosis, la cual tradicionalmente se ha enfocado demasiado en modelos de enfermedad y en identificar factores de riesgo y biomarcadores de estados patológicos, a analizar los factores protectores y los que determinan el bienestar en el contexto de las PE⁸⁴.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desearían agradecer a E. Bristow, J. Walker, P. Green, E. Saddleton y L. Brookwell, quienes recolectaron los datos como colaboradores de la investigación empleados en el estudio, y gracias a S. Hatch, S. Frissa y M. Hotopf por el acceso a la base de datos del estudio South East London Community Health. Este estudio fue respaldado, por el Medical Research Council (beca G1100568).

Bibliografía

1. Claridge G. Single indicator of risk for schizophrenia – probable fact or likely myth. *Schizophr Bull* 1994;20:151-68.
2. Linscott RJ, van Os J. An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychol Med* 2013;43:1133-49.
3. Krabbendam L, Myin-Germeys I, De Graaf R et al. Dimensions of depression, mania and psychosis in the general population. *Psychol Med* 2004;34:1177-86.
4. van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I et al. A systematic review and metaanalysis of the psychosis continuum: evidence for a

- psychosis proneness/persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med* 2009;39:179-95.
5. Johns LC, van Os J. The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clin Psychol Rev* 2001;21:1125-41.
 6. Corlett PR, Fletcher PC. The neurobiology of schizotypy: frontostriatal prediction error signal correlates with delusion-like beliefs in healthy people. *Neuropsychologia* 2012;50:3612-20.
 7. Nelson MT, Seal ML, Pantelis C et al. Evidence of a dimensional relationship between schizotypy and schizophrenia: a systematic review. *Neurosci Biobehav Res* 2013;37:317-27.
 8. Kaymaz N, Drukker M, Lieb R et al. Do subthreshold psychotic experiences predict clinical outcomes in unselected non-help-seeking population-based samples? A systematic review and meta-analysis, enriched with new results. *Psychol Med* 2012;42:2239-53.
 9. David AS. Why we need more debate on whether psychotic symptoms lie on a continuum with normality. *Psychol Med* 2010;40:1935-42.
 10. Stranghellini G, Langer AI, Ambrosini A et al. Quality of hallucinatory experiences: differences between a clinical and a non-clinical sample. *World Psychiatry* 2012;11:110-3.
 11. Kounali D, Zammit S, Wiles N et al. Common versus psychopathology-specific risk factors for psychotic experiences and depression during adolescence. *Psychol Med* 2014;44:2557-66.
 12. Johns LC, Kompus K, Connell M et al. Auditory verbal hallucinations in persons with and without a need for care. *Schizophr Bull* 2014;40:S255-64.
 13. Jackson MC. Benign schizotypy? The case of spiritual experience. In: Claridge GS (ed). *Schizotypy: relations to illness and health*. Oxford: Oxford University Press, 1997:137-54.
 14. Jackson MC, Fulford KWM. Spiritual experience and psychopathology. *Philosophy, Psychiatry and Psychology* 1997;1:41-65.
 15. Brett CM, Peters ER, McGuire PK. Which psychotic experiences are associated with a need for clinical care? *Eur Psychiatry* 2015;30:648-54.
 16. Brett CMC, Peters EP, Johns LC et al. Appraisals of Anomalous Experiences Interview (AANEX): a multidimensional measure of psychological responses to anomalies associated with psychosis. *Br J Psychiatry* 2007;191:S23-30.
 17. Brett C, Heriot-Maitland C, McGuire P et al. Predictors of distress associated with psychotic-like anomalous experiences in clinical and non-clinical populations. *Br J Clin Psychol* 2014;53:213-27.
 18. Lovatt A, Mason O, Brett C et al. Psychotic-like experiences, appraisals, and trauma. *J Nerv Ment Dis* 2010;198:813-9.
 19. Ward TA, Gaynor KJ, Hunter MD et al. Appraisals and responses to experimental symptom analogues in clinical and nonclinical individuals with psychotic experiences. *Schizophr Bull* 2014;40:845-55.
 20. Rossler W, Ajdacic-Gross V, Muller Met et al. Assessing sub-clinical psychosis phenotypes in the general population – a multidimensional approach. *Schizophr Res* 2015;161:194-201.
 21. Garety PA, Kuipers E, Fowler D et al. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychol Med* 2001;31:189-95.
 22. Howes OD, Murray RM. Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental/cognitive model. *Lancet* 2014;383:1677-87.
 23. Fowler D, Freeman D, Smith B et al. The Brief Core Schema Scales (BCSS): psychometric properties and associations with paranoia and grandiosity in non-clinical and psychosis samples. *Psychol Med* 2006;36:749-59.
 24. Berry K, Barrowclough C, Wearden A. A review of the role of adult attachment style in psychosis: unexplored issues and questions for further research. *Clin Psychol Rev* 2007;27:458-75.
 25. Bebbington PE, Bhugra D, Brugha T et al. Psychosis, victimisation and childhood disadvantage – Evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *Br J Psychiatry* 2004;185:220-6.
 26. Varese F, Smeets F, Drukker M et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull* 2012;38:661-71.
 27. Arseneault L, Cannon M, Fisher HL et al. Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: a genetically sensitive longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry* 2011;168:65-72.
 28. Janssen I, Hanssen M, BakMet al. Discrimination and delusional ideation. *Br J Psychiatry* 2003;182:71-6.
 29. Morgan C, Charalambides M, Hutchinson G et al. Migration, ethnicity, and psychosis: toward a sociodevelopmental model. *Schizophr Bull* 2010;36:655-64.
 30. Kirkbride JB, Boydell J, Ploubidis GB et al. Testing the association between the incidence of schizophrenia and social capital in an urban area. *Psychol Med* 2008;38:1083-94.
 31. Morgan C, Reininghaus U, Reichenberg A et al. Adversity, cannabis use and psychotic experiences: evidence of cumulative and synergistic effects. *Br J Psychiatry* 2014;204:346-53.
 32. Morgan C, Reininghaus U, Fearon P et al. Modelling the interplay between childhood and adult adversity in pathways to psychosis: initial evidence from the AESOP study. *Psychol Med* 2014;44: 407-19.
 33. Sommer IEC, Daalman K, Rietkerk T et al. Healthy individuals with auditory verbal hallucinations; who are they? Psychiatric assessments of a selected sample of 103 subjects. *Schizophr Bull* 2010;36:633-41.
 34. Daalman K, Diederens KJM, Derks EM et al. Childhood trauma and auditory verbal hallucinations. *Psychol Med* 2012;42:2475-84.
 35. Andrew EM, Gray NS, Snowden RJ. The relationship between trauma and beliefs about hearing voices: a study of psychiatric and non-psychiatric voice hearers. *Psychol Med* 2008;38:1409-17.
 36. Bentall RP, Wickham S, Shevlin M et al. Do specific early-life adversities lead to specific symptoms of psychosis? A study from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophr Bull* 2012;38:734-40.
 37. Garety PA, Bebbington P, Fowler D et al. Implications for neurobiological research of cognitive models of psychosis: a theoretical paper. *Psychol Med* 2007;37:1377-91.
 38. Marks EM, Steel C, Peters ER. Intrusions in trauma and psychosis: information processing and phenomenology. *Psychol Med* 2012;42:2313-23.
 39. Gaynor K, Ward T, Garety P et al. The role of safety-seeking behaviours in maintaining threat appraisals in psychosis. *Behav Res Ther* 2013;51:75-81.
 40. Heriot-Maitland C, Knight M, Peters E. A qualitative comparison of psychotic-like phenomena in clinical and non-clinical populations. *Br J Clin Psychol* 2012;51:37-53.
 41. Hatch SL, Frissa S, Verdecchia M et al. Identifying socio-demographic and socioeconomic determinants of health inequalities in a diverse London community: the South East London Community Health (SELCoH) study. *BMC Public Health* 2011;11.
 42. Bebbington P, Nayani T. The Psychosis Screening Questionnaire. *Int J Methods Psychiatr Res* 1995;5:11-9.
 43. Slade M, Loftus L, Phelan M et al. *The Camberwell Assessment of Need*. London: Gaskell, 1999.
 44. Andreasen N. *Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*. Iowa City: University of Iowa Press, 1984.
 45. Mason O, Claridge G. *The Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE): further description and extended norms*. *Schizophr Res* 2006;82:203-11.
 46. Naro JY. *Ethnicity and mental health: findings from a National Community Survey*. London: Policy Studies Institute, 1997.
 47. Singleton N, Bumpstead R, O'Brien M et al. *Psychiatric morbidity among adults living in private households 2000*. London: The Stationery Office, 2001.
 48. Wessely S, Buchanan A, Reed A et al. Acting on delusions. 1. Prevalence. *Br J Psychiatry* 1993;163:69-76.
 49. Andreasen N. *Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. Iowa City: University of Iowa Press, 1984.
 50. Kirkbride JB. *Instructions for scoring the Social Environment Assessment Tool (Version 0.1-Alpha)*, 2014.

51. Wechsler D. Wechsler Adult Intelligence Scale – 3rd ed. San Antonio: The Psychological Corporation, 1997.
52. Charalambides M. Appraisals of anomalous experiences in need for care versus non-need for care groups: examining the cognitive route of impact of victimisation life events. London: Psychology, Institute of Psychiatry, King's College London, 2013.
53. Bifulco A, Brown GW, Harris TO. Childhood Experience of Care and Abuse (CECA) – a retrospective interview measure. *J Child Psychol Psychiatry* 1994;35:1419-35.
54. Green BL. Trauma History Questionnaire. Washington: U.S. Department of Veterans Affairs, 1996.
55. EU-GEI. European Network of Schizophrenia Networks for the Study of Gene Environment Interactions. Schizophrenia aetiology: do gene-environment interactions hold the key? *Schizophr Res* 2008;102:21-6.
56. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck Depression Inventory (2nd ed). San Antonio: The Psychological Corporation, 1996.
57. Beck AT, Brown G, Epstein N et al. An inventory for measuring clinical anxiety – Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893-7.
58. Cohen S, Williamson G. Perceived stress in a probability sample of the United States. In: Spacapan S, Oskamp S (eds). *The social psychology of health: Claremont Symposium on applied social psychology*. Newbury Park: Sage, 1988.
59. Holding J, Tarrier N, Gregg L et al. Self-esteem and psychosis: development and validation of the Questionnaire for Evaluation of Self (QES). Submitted for publication.
60. Barrowclough C, Tarrier N, Humphreys L et al. Self-esteem in schizophrenia: relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology. *J Abnorm Psychol* 2003;112:92-9.
61. Chadwick P, Hember M, Symes J et al. Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: reliability and validity of the Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ). *Br J Clin Psychol* 2008;47:451-5.
62. Chadwick P, Barnbrook E, Newman-Taylor K. Responding mindfully to distressing voices. *Journal of Norwegian Psychological Association* 2007;44: 581-7.
63. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ et al. The Satisfaction with Life Scale. *J Pers Assess* 1985;49:71-5.
64. Joseph S, Maltby J, Wood AM et al. The Psychological Well-Being-Post-Traumatic Changes Questionnaire (PWB-PTCQ): reliability and validity. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2012;4:420-8.
65. Parker G, Tupling H, Brown LB. Parental bonding instrument. *Br J Med Psychol* 1979;52:1-10.
66. Harrison E, Rose D. The European Socio-economic Classification (ESeC) User Guide. Colchester: Institute for Social and Economic Research, University of Essex, 2006.
67. Mills JG. Defining the prevalence of subjects at Ultra High Risk of developing psychosis in the general population. London: King's College London, 2014.
68. Kelleher I, Wigman JT, Harley Met al. Psychotic experiences in the population: association with functioning and mental distress. *Schizophr Res* 2015;165:9-14.
69. DeVylder JE, Oh HY, Corcoran CM et al. Treatment seeking and unmet need for care among persons reporting psychosis-like experiences. *Psychiatr Serv* 2014;65:774-80.
70. Bak M, Myin-Germeys I, Hanssen M et al. When does experience of psychosis result in a need for care? A prospective general population study. *Schizophr Bull* 2003;29:349-58.
71. Brett CMC, Peters ER, McGuire P. Which psychotic-like experiences are associated with a need for clinical care? *Eur Psychiatry* 2015;30:648-54.
72. Valmaggia LR, Stahl D, Yung AR et al. Negative psychotic symptoms and impaired role functioning predict transition outcomes in the at-risk mental state: a latent class cluster analysis study. *Psychol Med* 2013;43:2311-25.
73. Morita K, Kobayashi H, Takeshi K et al. Poor outcome associated with symptomatic deterioration among help-seeking individuals at risk for psychosis: a naturalistic follow-up study. *Early Interv Psychiatry* 2014;8:24-31.
74. Fusar-Poli P, Deste G, Smieskova R et al. Cognitive functioning in prodromal psychosis: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:562-71.
75. Gumley AI, Taylor HEF, Schwannauer M et al. A systematic review of attachment and psychosis: measurement, construct validity and outcomes. *Acta Psychiatr Scand* 2014;129:257-74.
76. Morrison AP, Barratt S. What are the components of CBT for psychosis? A Delphi study. *Schizophr Bull* 2010;36:136-42.
77. Chadwick P. Mindfulness for psychosis. *Br J Psychiatry* 2014; 204:333-4.
78. Birchwood M, Trower P. The future of cognitive-behavioural therapy for psychosis: not a quasi-neuroleptic. *Br J Psychiatry* 2006; 188:107-8.
79. Demjaha A, Valmaggia L, Stahl D et al. Disorganization/cognitive and negative symptom dimensions in the at-risk mental state predict subsequent transition to psychosis. *Schizophr Bull* 2012; 38:351-9.
80. Fusar-Poli P, Yung AR, McGorry P et al. Lessons learned from the psychosis high-risk state: towards a general staging model of prodromal intervention. *Psychol Med* 2014;44:17-24.
81. Birchwood M. Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry* 2003;182:373-5.
82. Fowler D, Hodgekins J, Garety P et al. Negative cognition, depressed mood, and paranoia: a longitudinal pathway analysis using structural equation modeling. *Schizophr Bull* 2012;38:1063-73.
83. Law H, Morrison AP. Recovery in psychosis: a Delphi study with experts by experience. *Schizophr Bull* 2014;40:1347-55.
84. Mohr C, Claridge G. Schizotypy – do not worry, it is not all worrisome. *Schizophr Bull* 2015;41(Suppl. 2):S436-43.

DOI:10.1002/wps.20301

Comparación de la monoterapia de mantenimiento con litio, valproato, olanzapina o quetiapina en el trastorno bipolar: un estudio de cohortes basado en la población del Reino Unido utilizando registros electrónicos de historias clínicas

JOSEPH F. HAYES¹, LOUISE MARSTON², KATE WALTERS², JOHN GEDDES³, MICHAEL KING¹, DAVID P.J. OSBORN¹

¹Division of Psychiatry, University College London, London W1T 7NF, UK; ²Department of Primary Care and Population Health, University College London, London, UK; ³Department of Psychiatry, University of Oxford, Oxford, UK

No está claro cuál tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar es mejor en el ejercicio clínico. No se cuenta con estudios aleatorizados controlados directos sobre los fármacos disponibles o no son concluyentes. Nuestro propósito fue comparar las tasas de ineficacia de la monoterapia en individuos a los que se prescribe litio, valproato, olanzapina o quetiapina, mediante un estudio de cohortes basado en la población utilizando registros electrónicos de historias clínicas. A 5089 pacientes con trastorno bipolar se les prescribió litio (N = 1505), valproato (N = 1173), olanzapina (N = 1366) o quetiapina (N = 1075) como monoterapia. Se definió la ineficacia del tratamiento como el tiempo transcurrido hasta la interrupción de la medicación o la adición de otro estabilizador afectivo, antipsicótico, antidepresivo o benzodiazepina. En los análisis sin ajuste, la duración de la monoterapia eficaz fue más prolongada en individuos tratados con litio. La ineficacia del tratamiento había ocurrido en un 75% de aquellos a los que se prescribió litio hacia los 2,05 años (IC del 95%: 1,63-2,51), en comparación con 0,76 años (IC del 95%: 0,64-0,84) para aquellos a los que se prescribió quetiapina, 0,98 años (IC del 95%: 0,84-1,18) para aquellos a los que se prescribió valproato y 1,13 años para los que se prescribió olanzapina (IC del 95%: 1,00-1,31). La superioridad del litio se mantuvo en un análisis equiparado de puntuación de propensión; cuando se definió la ineficacia del tratamiento como la interrupción de la medicación o la adición de un estabilizador afectivo o antipsicótico; y cuando la ineficacia del tratamiento se restringió a más de tres meses después de iniciar el fármaco del estudio. El litio al parecer es más eficaz como monoterapia de mantenimiento que el valproato, la olanzapina o la quetiapina. El litio suele evitarse debido a sus efectos secundarios, pero los tratamientos alternativos pueden reducir el tiempo transcurrido hasta la prescripción de más de un fármaco, con posibles efectos secundarios añadidos.

Palabras clave: Trastorno bipolar, tratamiento de mantenimiento, litio, valproato, olanzapina, quetiapina, registros electrónicos de historias clínicas, estudios de cohorte.

(*World Psychiatry* 2016;14:53–58)

El trastorno bipolar es una enfermedad recidivante de por vida con altas tasas de hospitalización, suicidio y comorbilidad¹. Es la causa más frecuente de discapacidad en el mundo, interviene en la pérdida de más años de vida ajustados con respecto a discapacidad que todas las demás formas de cáncer o trastornos neurológicos importantes como epilepsia y enfermedad de Alzheimer². El tratamiento farmacológico a largo plazo suele ser necesario para evitar las recaídas o las recidivas. Aun con tratamiento, sigue siendo baja la proporción de personas que permanecen en remisión³.

Se recomienda una serie de tratamientos farmacológicos de mantenimiento en el trastorno bipolar. En el Reino Unido, los fármacos utilizados con más frecuencia son litio, valproato, olanzapina y quetiapina⁴. Esto refleja lo establecido por una guía previa del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sobre la monoterapia de primera opción como mantenimiento, la cual señalaba la equivalencia de estos fármacos⁵. A nivel mundial, se recomienda prescribir otros fármacos diversos, que comprenden también lamotrigina, carbamazepina, oxcarbazepina, aripiprazol y otros antipsicóticos de segunda generación*. Los metanálisis recientes y los metanálisis en red han resaltado la superioridad del litio^{9,10} y estos resultados contribuyeron a cambios en la guía de NICE en septiembre de 2014, en la que se presenta al litio como primera opción¹¹. Sin embargo, no se ha llevado a cabo ningún estudio aleatorizado y controlado (RCT) que haya demostrado de manera concluyente las ventajas del litio con respecto a otros fármacos, y no se dispone de estudios en que se compare de una manera directa val-

proato frente a olanzapina, valproato frente a quetiapina u olanzapina frente a quetiapina.

La aplicabilidad de los resultados de los RCT a las personas con trastorno bipolar en el contexto clínico pueden estar limitados por los criterios de exclusión adoptados en tales estudios, y por la heterogeneidad diagnóstica, el rechazo del diagnóstico o el tratamiento y los cuadros clínicos complejos de la enfermedad que ocurren en el curso de la vida^{12,13}. Estas inquietudes se han planteado al tomar en cuenta los RCT en otros campos de la medicina: la aplicación de sus resultados al tratamiento de una enfermedad de por vida y que tiene una evolución imprevisible no es simple^{14,15}. Los estudios necesarios también son costosos y difíciles de llevar a cabo por periodos suficientes en relación con la evolución del trastorno bipolar¹⁶. Los registros electrónicos de historias clínicas ofrecen una oportunidad para aumentar los hallazgos de los RCT con estudios de comparación directa que comprenden gran número de pacientes, son representativos del ejercicio clínico de la vida real y de largos periodos de seguimiento.

Nuestro propósito fue utilizar datos de una base de datos extensa de atención primaria en el Reino Unido, la Red de Mejora de la Salud (THIN), para comparar las tasas de interrupción de medicación o adición de otro fármaco psicoactivo en individuos a los que se prescribía litio, valproato, olanzapina o quetiapina como monoterapia de mantenimiento para el trastorno bipolar. Esta variable representa una combinación de la eficacia y la tolerabilidad de la medicación estudiada, y es similar a la estudiada en muchos RCT sobre el tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar^{9,10}.

MÉTODOS

Diseño y contexto del estudio

Este fue un estudio prospectivo de datos derivados de la atención primaria recolectados entre el 1 de enero de 1995 y el 31 de diciembre de 2013. El esquema para la THIN fue autorizado por el Comité de Ética de Investigación Multicéntrica del National Health Service South-East, y la aprobación científica para este estudio se obtuvo del Comité de Análisis Científico de Investigación Médica sobre Datos Estratégicos de Cegedim (CSD).

La THIN es una base de datos de atención primaria en el Reino Unido que contiene información anónima de pacientes atendidos en las consultas clínicas sistemáticas¹⁷. Los médicos generales (GP) utilizan códigos Read, un sistema de codificación jerárquica, para registrar la información en THIN¹⁸. Estos códigos comprenden diagnósticos (que se corresponden con códigos de la ICD-10), síntomas, hallazgos en la exploración, mediciones, resultados de pruebas e información de especialistas hospitalarios, que crean un registro longitudinal para cada paciente¹⁹. En el Reino Unido, los médicos generales se encargan de la emisión de todas las recetas de fármacos si se está aplicando tratamiento, después del consejo por un psiquiatra, y esta información también está disponible²⁰.

En el periodo en que se extrajo esta cohorte, THIN contenía registros de más de 11 millones de personas¹⁷. Se ha demostrado que los pacientes de la base de datos en términos generales son representativos de la población del Reino Unido y se ha comprobado que los médicos generales que contribuyen con datos son representativos por lo que respecta a consultas y estadísticas de prescripción^{21,22}. Aproximadamente un 98% de la población del Reino Unido está registrada en un consultorio de médico general²⁶. Se ha demostrado que la tasa de incidencia del trastorno bipolar en la THIN es similar a las de otras cohortes europeas²⁴, y se ha establecido la validez de los diagnósticos de trastornos mentales graves establecidos en los consultorios de atención primaria²⁵.

Participantes

Se incluyó a pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar si en un lapso de 28 días tenían un mínimo de una prescripción de litio, valproato, olanzapina o quetiapina después del 1 de enero de 1995 o después de la fecha en la cual el consultorio del médico general cumplía los criterios de aseguramiento de la calidad para el ingreso de los datos (con base en la utilización de computadora y las tasas de registro de mortalidad)^{26,27}. Se excluyó a los pacientes que recibieron un diagnóstico de esquizofrenia en cualquier momento. También se les excluyó si se les había prescrito otro de los fármacos estudiados, o cualquier otro estabilizador afectivo, antipsicótico, antidepresivo o benzodiazepina al inicio del seguimiento o en el mes previo a esto. Por consiguiente, la cohorte fue una en la cual la intención fue tratar con litio, valproato, olanzapina o quetiapina como monoterapia. Se censó a los pacientes en la fecha de fallecimiento, al abandonar la consulta del médico general o al final del periodo del estudio (31 de diciembre de 2013).

Criterio principal de valoración

Se efectuó seguimiento a los pacientes hasta que suspendieron el fármaco del estudio o hasta que se les añadió a su esquema de tratamiento un estabilizador afectivo, un antipsicótico,

un antidepresivo o una benzodiazepina. La fecha de la prescripción inicial se consideró como el inicio del tiempo de exposición. Se calculó el término de la prescripción a partir de la duración de la prescripción y las instrucciones para la prescripción codificadas por el GP.

Se consideró que los pacientes tenían un periodo de prescripción continuada si se emitió otra receta por el mismo fármaco en un lapso no mayor de tres meses después de la fecha de terminación prevista. Si esto no ocurrió, la fecha de suspensión del fármaco del estudio fue la fecha terminal de la prescripción final.

Variaciones pretratamiento observadas para calcular la puntuación de propensión

Se extrajeron las características sociodemográficas, psiquiátricas y de salud física al inicio en el registro electrónico de salud de cada paciente. Los problemas psiquiátricos y de salud física se consideraron presentes cuando se hacía alusión a ellos en las notas del paciente. Si un paciente tenía múltiples entradas de los mismos códigos de Read (o similares), la fecha de inicio del trastorno se consideró como la fecha de ingreso más temprana.

Se estimó una puntuación de propensión (PS) para cada individuo utilizando variables definidas a priori basándose en la investigación existente^{28,29}. La PS trata de tomar en cuenta todas las covariables que pronostican recibir un fármaco del estudio específico^{29,30}. Luego, se verificó la PS mediante la comparación del equilibrio de covariables entre los tratamientos, dentro de los estratos. Las variables incluidas fueron: género; edad al inicio del tratamiento con el fármaco del estudio; año de entrada en la cohorte; grupo étnico (agrupado como caucásico, negro, asiático, mixto, otro, y los valores faltantes codificados como caucásico); antecedentes de salud física al inicio (cardiopatía isquémica, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, hipertensión, nefropatía, enfermedades tiroideas, enfermedades hepáticas, diabetes de tipo 2, epilepsia, antecedente de dependencia al alcohol, antecedente de uso de drogas ilícitas); antecedente de tabaquismo (agrupado como nunca fumador, ex fumador, fumador activo); índice de masa corporal (BMI) (agrupado como peso corporal saludable, preobesidad (BMI 25 a 30) obesidad (BMI superior a 30)); antecedente de salud mental al inicio (antecedente de síntomas de ansiedad, hipomanía como el código de diagnóstico más proximal, antecedente de síntomas de depresión, alteraciones del sueño, tratamiento previo con el fármaco del estudio antes del inicio, diagnóstico nuevo de trastorno bipolar); y agrupamiento según consultorio del médico general. Estas variables fueron seleccionadas en virtud de que representan factores que influyen en la opción de prescripción (tales como factores de riesgo para efectos adversos con una medicación de estudio específica)¹¹.

Aunque la estimación de la PS no puede eliminar todo sesgo, se ha postulado que reduce también los factores de confusión de variables no medidas, debido a su relación con las covariables medidas^{31,32}. Por consiguiente, en este estudio, para una determinada PS, se presupone que la utilización de litio, valproato, olanzapina o quetiapina ha sido al azar³³.

Análisis estadístico

Se llevaron a cabo análisis de regresión de Cox en que se compararon las tasas de suspensión del fármaco del estudio o de adición de otra medicación psicoactiva en los cuatro grupos de

Tabla 1. Características de pacientes con trastorno bipolar a los que se prescribió litio, valproato, olanzapina o quetiapina como monoterapia

	Litio	Valproato	Olanzapina	Quetiapina
Pacientes	1,505	1,173	1,336	1,075
Mujeres, N (%)	860 (57,1)	631 (53,8)	733 (54,9)	735 (68,4)
Edad de ingreso en la cohorte, mediana (IQR)	44,9 (35,4-58,7)	41,6 (31,4-53,7)	40,9 (31,9-52,7)	38,5 (29,3-49,8)
Total de años de seguimiento, mediana (IQR)	4,2 (1,5-8,6)	3,0 (1,1-6,3)	3,6 (1,4-6,9)	2,1 (0,9-3,9)
Contactos con consultorio del médico general por año de seguimiento, mediana (IQR)	12,1 (7,1-19,7)	14,8 (8,7-23,7)	14,3 (8,8-24,6)	17,9 (11,8-26,9)
Antecedente étnico no caucásico N (%)	44 (2,9)	50 (4,3)	65 (4,9)	35 (3,3)
Estado de salud al inicio, N (%)				
Cardiopatía isquémica, infarto de miocardio, antecedente de accidente cerebrovascular	76 (5,0)	80 (6,8)	58 (4,3)	41 (3,8)
Antecedente de nefropatía	51 (3,4)	36 (3,1)	33 (2,5)	42 (3,9)
Antecedente de enfermedades tiroideas	161 (10,7)	89 (7,6)	89 (6,7)	75 (7,0)
Diabetes	77 (5,1)	87 (7,4)	42 (3,1)	71 (6,6)
Epilepsia	29 (1,9)	82 (7,0)	37 (2,8)	34 (3,2)
Obesidad (BMI > 30)	617 (41,0)	488 (41,6)	482 (36,1)	467 (43,4)
Síntomas de ansiedad previos	98 (6,5)	102 (8,7)	133 (10,0)	154 (14,3)
Dependencia alcohólica previa	7 (0,5)	3 (0,3)	12 (0,9)	7 (0,6)
Fumador activo	518 (34,4)	462 (39,4)	571 (42,7)	425 (39,5)
Características de trastorno bipolar al inicio, N (%)				
Diagnóstico nuevo	318 (19,6)	396 (34,0)	543 (41,7)	416 (40,8)
Episodio depresivo previo	845 (56,1)	701 (59,8)	826 (61,8)	788 (73,3)
Hipomanía como diagnóstico más reciente	234 (15,5)	154 (13,1)	238 (17,8)	125 (11,6)
Registro previo de administración del fármaco del estudio	936 (62,2)	507 (43,2)	463 (34,7)	328 (30,5)

GP, médico general; IQR, rango intercuartílico; BMI, índice de masa corporal

tratamiento. Se ajustaron los análisis con respecto a género sexual, edad, grupo étnico y año- calendario. El tiempo transcurrido hasta el fracaso del tratamiento se resumió mediante las curvas de Kaplan-Meier. El modelo de riesgos proporcionales fue evaluado formalmente con análisis de residuos de Schoenfeld³⁴.

Se calculó la PS utilizando la regresión logística multinomial empleando las covariables descritas como variables independientes y considerando el tratamiento farmacológico como la variable dependiente. Luego se utilizó la PS como un término lineal en un análisis de regresión de Cox que también incluyó edad y año- calendario³⁵. Se demostró que este modelo es superior a la estratificación de la PS utilizando el criterio de información de Akaike y el criterio de información bayesiano³⁶, y fue una utilización más eficiente de los datos que la equiparación de la PS, ya que utiliza a todos los pacientes.

Luego se completó el análisis utilizando la equiparación de PS. Aunque los análisis concordantes pueden incluir una muestra no representativa de los pacientes que reciben tratamiento, pueden proporcionar una estimación más válida del efecto del tratamiento, ya que comparan a pacientes con características observadas simila-

res^{35,37}. Se llevó a cabo la equiparación en pares para cada paciente de los grupos con valproato, olanzapina y quetiapina de individuos del grupo tratado con litio. Los pacientes fueron equiparados sobre la base de uno a uno si sus PS estaban dentro de 0,01 entre sí; todos los demás pacientes se descartaron del análisis.

Se llevaron a cabo análisis complementarios excluyendo la benzodiazepina y el antidepresivo añadido como una fuente de ineficacia del tratamiento. Asimismo, se llevó a cabo un análisis complementario excluyendo a los pacientes que suspendieron el fármaco del estudio o a los que se les añadió medicación psicoactiva en los primeros tres meses de seguimiento.

Todos los análisis se llevaron a cabo utilizando el software STATA 13.38.

RESULTADOS

En un total de 14.396 individuos se estableció el diagnóstico de trastorno bipolar. De estos, a 5089 se les prescribió monoterapia con uno de los fármacos del estudio al inicio del seguimiento de la cohorte: se prescribió litio a 1505 personas,

Tabla 2. Tasas de ineficacia del tratamiento según fármaco

	N de episodios	Años-persona con riesgo	Tasa por 100 años-persona con riesgo	Ineficacia de tratamiento, cociente de riesgos instantáneos (IC del 95%)			
				No ajustada	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Litio	1,151	1,570	73,3 (65,5-81,8)	1	1	1	1
Valproato	909	777	116,9 (102,9-132,4)	1,25 (1,14- 1,37)	1,22 (1,11-1,34)	1,19 (1,09-1,31)	1,20 (1,10-1,32)
Olanzapina	977	893	109,4 (96,3-123,7)	1,19 (1,08-1,30)	1,19 (1,08-1,30)	1,16 (1,05-1,28)	1,17 (1,07-1,29)
Quetiapina	814	457	177,9 (157,9-199,8)	1,48 (1,35-1,62)	1,31 (1,19-1,44)	1,30 (1,18-1,44)	1,32 (1,20-1,45)

Modelo 1: Ajustado para el agrupamiento según consultorio de médico general (GP) primario, edad, género sexual y año- calendario. Modelo 2: Ajustado con respecto a puntuación de propensión, agrupamiento según consultorio de GP, edad y año- calendario. Modelo 3: Puntuación de propensión equiparada (equiparación en pares con litio) ajustada con respecto a agrupamiento según consultorio de GP, edad y año- calendario.

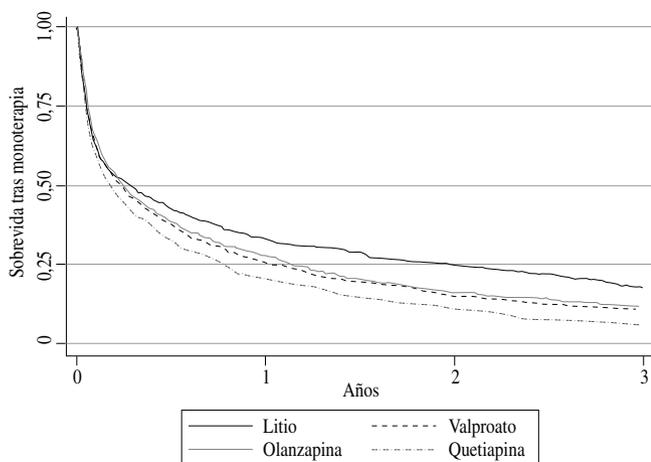


Figura 1. Tiempo transcurrido hasta la ineficacia del tratamiento (se suspendió el tratamiento o se añadió un estabilizador afectivo, antipsicótico, antidepresivo o benzodiazepina) (sin ajuste).

valproato a 1173, olanzapina a 1366 y quetiapina a 1075 personas. Los individuos a los que se prescribió litio por lo general eran mayores que los de otros grupos, y hubo más años de datos de seguimiento y menos contactos con el consultorio del médico general durante este periodo. Fueron menores las probabilidades de tener un registro previo de depresión en sus notas y menos probabilidades de un nuevo caso (Tabla 1).

En los análisis sin ajuste, la tasa global de ineficacia del tratamiento se incrementó para valproato, olanzapina y quetiapina en comparación con litio (Tabla 2). La ineficacia del tratamiento había ocurrido en un 75% de los individuos a los que se prescribió litio hacia los 2,05 años (IC del 95%: 1,63 a 2,51), en comparación con 0,76 años (IC del 95%: 0,64 a 0,84) para aquellos a los que se prescribió quetiapina, 0,98 años (IC del 95%: 0,84-1,18) para aquellos a los que se prescribió valproato y 1,13 años para aquellos a los que se prescribió olanzapina (IC del 95%: 1,00-1,31). La mediana de tiempo transcurrido hasta el fracaso del tratamiento en el grupo que recibió monoterapia con litio fue 0,28 años (IC del 95%: 0,23-0,35), en comparación con 0,17 años (IC del 95%: 0,14-0,21) en el grupo que recibió quetiapina, 0,22 años (IC del 95%: 0,19-0,27) en el grupo que recibió valproato y 0,24 años (IC del 95%: 0,21-0,28) en el grupo que recibió olanzapina. Las diferencias entre los tratamientos resultaron más evidentes cuanto más tiempo duró el tratamiento (Figura 1).

La superioridad del litio persistió después del ajuste con respecto al agrupamiento según consultorio del médico general, edad, género sexual, año-calendario y grupo étnico. También persistió después del ajuste con respecto a PS edad y año calendario, y después del ajuste con respecto a PS (Tabla 2), de manera que la olanzapina tuvo el cociente de riesgos instantáneos (HR) menos elevado (1,16; IC del 95%: 1,05-1,28). En

comparación con la olanzapina, la quetiapina tuvo un incremento en la tasa de ineficacia de la monoterapia (HR: 1,12; IC del 95%: 1,02-1,23) en el modelo ajustado para PS. En comparación con valproato, la olanzapina y la quetiapina tuvieron tasas similares de ineficacia del tratamiento (HR: 0,97; IC del 95%: 0,89-1,06 y HR: 1,09; IC del 95%: 0,99-1,19, respectivamente). La suposición de los riesgos instantáneos proporcionales persistió en todos los análisis. Antes de la equiparación en pares, las puntuaciones de la PS fueron más diferentes para el litio (mediana 0,45, rango intercuartílico, IQR 0,25-0,61) y quetiapina (mediana 0,14; IQR 0,08-0,25). Después de la equiparación, la mediana de PS fue 0,21 (IQR: 0,13-0,30) para el litio y 0,14 para la quetiapina (IQR: 0,08-0,25).

Los individuos a los que se les prescribió litio o valproato tuvieron más probabilidades de precisar antipsicótico añadido (19,53% y 18,41%, respectivamente) que aquellos a los que se prescribió monoterapia con olanzapina o quetiapina (10,25% y 9,02%, respectivamente). Por el contrario, los individuos a los que se recetó olanzapina y quetiapina tuvieron más probabilidades de necesitar un estabilizador afectivo añadido (14,07% y 12,56%, respectivamente) en comparación con litio y valproato (6,71% y 5,20%, respectivamente).

Los análisis suplementarios produjeron resultados similares a los análisis primarios. Si el fracaso del tratamiento se restringió a la suspensión del fármaco del estudio o a la adición de un estabilizador afectivo o antipsicótico, los HR ajustados con respecto a la PS estuvieron elevados para todos los fármacos en comparación con el litio (Tabla 3). Lo mismo fue aplicable si se excluyó del análisis a los pacientes en quienes fracasó el tratamiento durante los primeros tres meses de seguimiento (Tabla 3, Figura 2).

DISCUSIÓN

A nuestro entender, este estudio representa la única comparación directa de los cuatro fármacos más frecuentes para el tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar, y tiene el seguimiento más prolongado y la cohorte más numerosa de cualquier comparación directa de fármacos para tratar el trastorno bipolar. No existen RCT en los que se hagan estas comparaciones y es improbable que se lleven a cabo.

La tasa global de ineficacia del tratamiento (representada por la suspensión de la medicación índice o la necesidad de añadir un estabilizador afectivo, un antipsicótico un antidepresivo o benzodiazepina) se incrementó para valproato, olanzapina y quetiapina en comparación con litio. Este también fue el caso cuando se excluyeron los primeros tres meses (es decir, una vez que el paciente se había estabilizado con el fármaco prescrito). Estos resultados parecen indicar que la monoterapia con litio puede tener más éxito que con los otros fármacos recomendados. La tasa de ineficacia del tratamiento también estuvo eleva-

Tabla 3. Análisis suplementario utilizando el modelo ajustado de puntuación de propensión

	Fracaso de tratamiento, cociente de riesgos instantáneos (IC de 95%)		
	Exclusión de benzodiazepina añadida	Exclusión de benzodiazepina y antidepresivo añadido	Exclusión de los fracasos en los primeros 3 meses de tratamiento
Litio	1	1	1
Valproato	1,25 (1,14-1,37)	1,18 (1,08-1,29)	1,22 (1,06-1,40)
Olanzapina	1,10 (1,00-1,22)	1,17 (1,07-1,28)	1,26 (1,09-1,45)
Quetiapina	1,25 (1,13-1,38)	1,13 (1,03-1,25)	1,20 (1,04-1,40)

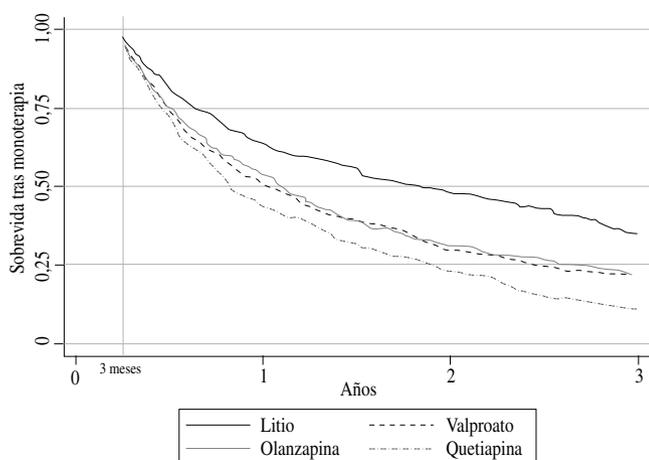


Figura 2. Tiempo transcurrido hasta el fracaso del tratamiento (con exclusión de los fracasos en los primeros tres meses de tratamiento) (sin ajuste).

da para la quetiapina en comparación con la olanzapina, pero no fue posible separar a los otros fármacos entre sí.

La utilización de registros médicos representativos, contemporáneos, evitó el riesgo de sesgos potenciales relacionados con la selección para el estudio. El sesgo de información se debía haber evitado en parte mediante el empleo de datos de prescripción como exposición: en el Reino Unido, los médicos generales son responsables de toda la prescripción dentro del sistema de salud nacional²⁰, el cual es detallado y está bien registrado en el THIN. Sin embargo, la utilización del fármaco del estudio fue aproximadamente a través de las prescripciones emitidas a los pacientes, y puede no reflejar la forma en que el paciente utilizó la medicación. Una falta de cumplimiento de los esquemas de fármacos prescritos representa un problema para todos los medicamentos, y este es el caso sobre todo cuando los efectos secundarios son desagradables, como puede ocurrir con todos los fármacos del estudio^{39,40}. En este estudio, la suspensión del fármaco se verá reflejada en el resultado, pero no se puede detectar el cumplimiento errático. Es posible que el cumplimiento errático sea más factible para fármacos diferentes al inicio (ya que éste se vigila más de cerca a través de los análisis de sangre periódicos). Esto puede haber contribuido a la superioridad percibida del litio, pero observamos que los pacientes a los que se prescribió litio tenían menos contactos con el médico general y otros estudios longitudinales de cohortes no han demostrado diferentes tasas de cumplimiento⁴⁰.

La ineficacia del tratamiento se definió como la interrupción del fármaco de estudio o la adición de algún estabilizador afectivo, antipsicótico, antidepresivo o benzodiazepina. Es probable que añadir un estabilizador afectivo o un antipsicótico represente una ineficacia del tratamiento más importante que el añadir un antidepresivo (el cual sólo ocurriría durante una recaída de depresión) o una benzodiazepina (que se puede utilizar a corto plazo para evitar una recaída). Un análisis complementario en que se excluyó la adición de estos fármacos tuvo resultados similares. Puede ser el caso que estos dos resultados no lograsen captar lo que es importante para los pacientes por lo que respecta a recaídas, recidivas, funcionamiento y calidad de vida. Sin embargo, a través del análisis de la ineficacia de la monoterapia, consideramos que hemos descrito un elemento sustitutivo de estas variables importantes que captan tanto la tolerabilidad como la eficacia

y resaltan la necesidad muy frecuente de tratamientos farmacológicos adyuvantes. Este resultado también se ha utilizado en diversos RCT en el tratamiento farmacológico de mantenimiento para el trastorno bipolar y por tanto, es posible la comparación con estos resultados. Por ejemplo, el estudio más extenso del tratamiento con litio frente a valproato tuvo una variable primaria de "tiempo transcurrido hasta la nueva intervención para un episodio afectivo emergente"⁴¹. Este estudio reveló resultados similares al nuestro (HR: 1,41; IC del 95%: 1,00-1,42), pero no tuvo la potencia para comparar directamente el litio y el valproato.

Una limitación de la interpretación de los datos de estudios de cohortes es la imposibilidad para descartar efectos de confusión importantes. Tratamos de tomar en cuenta los factores de confusión y por la indicación construyendo un modelo de PS que incluyó predictores clínicos importantes de la asignación del tratamiento³⁰. Esto comprendió variables de salud física que pueden inducir a un médico a evitar determinado fármaco debido a sus efectos secundarios, por ejemplo, nefropatía con el litio o enfermedades cardiovasculares con la olanzapina. Las características como género sexual, edad e índice de masa corporal también se incluyeron, ya que el valproato no se debe utilizar (aunque se puede prescribir) en mujeres en edad de procrear⁵ y la olanzapina tiene el potencial de producir un aumento rápido de peso⁴². Efectuando el ajuste con respecto al consultorio del médico general, debiera explicar la preferencia del médico por un fármaco específico. Una vez que se ajustaron estas covariables, hubo una propensión similar a que se prescribiera a los pacientes valproato, olanzapina o quetiapina, y los pacientes a los que se prescribió litio tuvieron puntuaciones ligeramente más altas. A pesar de esto, no podemos descartar la posibilidad de que estos factores de confusión se ajustaran de manera imperfecta, o que no se incluyesen en el modelo de PS otros factores de confusión importantes.

Lamentablemente, no pudimos distinguir la ineficacia del tratamiento relacionada con episodios maníacos (o hipomaníacos) emergentes y los trastornos depresivos, y se dispone de evidencia de que los fármacos del estudio pueden tener una eficacia diferente para la prevención de una polaridad específica de la enfermedad⁹. Sin embargo, un "estabilizador afectivo" protegería contra ambas polaridades de la recaída⁴³, y esto es lo que capta nuestro estudio. Tampoco pudimos analizar el motivo del médico para el inicio del tratamiento y es posible que la inferioridad evidente de la quetiapina se deba a que en algunos pacientes se prescriba como tratamiento de mantenimiento, pero para las indicaciones a más corto plazo (que esperábamos captar en el análisis suplementario). Hubo muy pocos pacientes con monoterapia mediante otros fármacos de mantenimiento recomendados, como lamotrigina o aripiprazol, para incluir estos fármacos en el análisis.

En conclusión, este estudio proporciona evidencia suplementaria y complementaria necesaria para los hallazgos del RCT del tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar. En el contexto clínico real, el litio al parecer es el tratamiento más eficaz para evitar las recaídas o la recidiva del trastorno bipolar y puede prolongar el tiempo transcurrido hasta la prescripción adyuvante si es necesaria. Este hallazgo refleja los resultados de metanálisis recientes que indican que el litio es superior a otros fármacos para proteger contra las recaídas maníacas y depresivas^{9,10}. Esto es importante, ya que a menudo se evita el litio debido a sus efectos secundarios⁴⁴, pero la monoterapia con valproato, olanzapina o quetiapina, es más

probable que resulte ineficaz más pronto y puede dar por resultado que los pacientes presenten efectos secundarios adicionales de múltiples fármacos psicoactivos.

AGRADECIMIENTO

J.F. Hayes es apoyado por su membresía científica de Population Health del Medical Research Council (código de beca: MR/ K021362/1). Sin embargo, el organismo financiador no desempeñó ningún papel en el diseño, el análisis o la redacción del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saunders KE, Goodwin GM. The course of bipolar disorder. *Adv Psychiatr Treat* 2010;16:318-28.
2. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1436-42.
3. Perlis RH, Ostacher MJ, Patel JK et al. Predictors of recurrence in bipolar disorder: primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry* 2006;163:217-24.
4. Hayes J, Prah P, Nazareth I et al. Prescribing trends in bipolar disorder: cohort study in the United Kingdom THIN primary care database 1995-2009. *PLoS One* 2011;6:e28725.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. GC38. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2006.
6. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. Washington: American Psychiatric Association, 2002.
7. Mok YM, Chan HN, Chee KS et al. Ministry of Health clinical practice guidelines: bipolar disorder. *Singapore Med J* 2011;52: 914-8.
8. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar Disord* 2013;15:1-44.
9. Miura T, Noma H, Furukawa TA et al. Comparative efficacy and tolerability of pharmacological treatments in the maintenance treatment of bipolar disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2014;1:351-9.
10. Severus E, Taylor MJ, Sauer C et al. Lithium for prevention of mood episodes in bipolar disorders: systematic review and meta-analysis. *Int J Bipolar Disord* 2014;2:15.
11. National Institute for Health and Care Excellence. Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. GC185. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2014.
12. Reed C, Novick D, Gonzalez-Pinto A et al. Observational study designs for bipolar disorder – What can they tell us about treatment in acute mania? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2009;33:715-21.
13. Baldessarini RJ. Treatment research in bipolar disorder. *CNS Drugs* 2002;16:721-9.
14. Lancet Editors. Cross design synthesis: a new strategy for studying medical outcomes? *Lancet* 1992;340:944-6.
15. Black N. Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. *BMJ* 1996;312:1215-8.
16. Baldessarini RJ, Tohen M, Tondo L. Maintenance treatment in bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:490-2.
17. IMS Health. Our data. www.epic-uk.org.
18. Chisholm J. The Read clinical classification. *BMJ* 1990;300:1092.
19. Dave S, Petersen I. Creating medical and drug code lists to identify cases in primary care databases. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009;18:704-7.
20. Health and Social Care Information Centre. Prescriptions dispensed in the community, Statistics for England - 2001-2011. Leeds: Health and Social Care Information Centre, 2012.
21. Blak B, Thompson M, Bourke A. National representativeness and data quality of The Health Improvement Network (THIN) database of primary care information for epidemiological research. Presented at the 9th Annual Conference of the UK Federation of Primary Care Research, Liverpool, November 2006.
22. Blak BT, Thompson M, Dattani H et al. Generalisability of The Health Improvement Network (THIN) database: demographics, chronic disease prevalence and mortality rates. *Inform Prim Care* 2011;19:251-5.
23. Lis Y, Mann RD. The VAMP Research multi-purpose database in the UK. *J Clin Epidemiol* 1995;48:431-43.
24. Hardoon S, Hayes JF, Blackburn R et al. Recording of severe mental illness in United Kingdom primary care, 2000-2010. *PLoS One* 2013;8:e82365.
25. Nazareth I, King M, Haines A et al. Accuracy of diagnosis of psychosis on general practice computer system. *BMJ* 1993;307: 32-4.
26. Horsfall L, Walters K, Petersen I. Identifying periods of acceptable computer usage in primary care research databases. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2013;22:64-9.
27. Maguire A, Blak BT, Thompson M. The importance of defining periods of complete mortality reporting for research using automated data from primary care. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009;18: 76-83.
28. Rosenbaum PR, Rubin DB. Reducing bias in observational studies using subclassification on the propensity score. *J Am Stat Assoc* 1984;79:516-24.
29. Holmes WM. Using propensity scores in quasi-experimental designs. Thousand Oaks: Sage Publications, 2013.
30. Rosenbaum PR, Rubin DB. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika* 1983;70: 41-55.
31. Joffe MM, Rosenbaum PR. Invited commentary: Propensity scores. *Am J Epidemiol* 1999;150:327-33.
32. Austin PC, Mamdani MM, Stukel TA et al. The use of the propensity score for estimating treatment effects: administrative versus clinical data. *Stat Med* 2005;24:1563-78.
33. Becker SO, Ichino A. Estimation of average treatment effects based on propensity scores. *Stata J* 2002;2:358-77.
34. Schoenfeld D. Partial residuals for the proportional hazards regression model. *Biometrika* 1982;69:239-41.
35. d'Agostino RB. Tutorial in biostatistics: Propensity score methods for bias reduction in the comparison of a treatment to a non-randomized control group. *Stat Med* 1998;17:2265-81.
36. Lin TH, Dayton CM. Model selection information criteria for non-nested latent class models. *J Educ Behav Stat* 1997;22:249-64.
37. Rosenbaum PR, Rubin DB. Constructing a control group using multivariate matched sampling methods that incorporate the propensity score. *Am Stat* 1985;39:33-8.
38. Stata. Release 13. Statistical Software, 2013.
39. Sajatovic M, Valenstein M, Blow FC et al. Treatment adherence with antipsychotic medications in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2006;8:232-41.
40. Sajatovic M, Valenstein M, Blow F et al. Treatment adherence with lithium and anticonvulsant medications among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv* 2007;58:855-63.
41. Geddes J, Goodwin G, Rendell J et al. Lithium plus valproate combination therapy versus monotherapy for relapse prevention in bipolar I disorder (BALANCE): a randomised open-label trial. *Lancet* 2010;375:385-95.
42. Eder U, Mangweth B, Ebenbichler C et al. Association of olanzapine-induced weight gain with an increase in body fat. *Am J Psychiatry* 2001;158:1719-22.
43. Bauer MS, Mitchner L. What is a "mood stabilizer"? An evidence-based response. *Am J Psychiatry* 2004;161:3-18.
44. Shine B, McKnight RF, Leaver L et al. Long-term effects of lithium on renal, thyroid, and parathyroid function: a retrospective analysis of laboratory data. *Lancet* 2015;386:461-8.

DOI:10.1002/wps.20298

Duelo tras la muerte de un hermano: un estudio longitudinal de casos y testigos basado en la población

JAMES M. BOLTON^{1,4}, WENDY AU⁴, DAN CHATEAU^{3,4}, RANDY WALLD⁴, WILLIAM D. LESLIE^{5,6}, JESSICA ENNS⁷, PATRICIA J. MARTENS^{3,4}, LAURENCE Y. KATZ^{1,2,4}, SARVESH LOGSETTY⁸, JITENDER SAREEN¹⁻³

¹Department of Psychiatry, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada; ²Department of Psychology, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada; ³Department of Community Health Sciences, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada; ⁴Manitoba Centre for Health Policy, Winnipeg, Manitoba, Canada; ⁵Department of Internal Medicine, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada; ⁶Department of Radiology, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada; ⁷Faculty of Medicine, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada; ⁸Department of Surgery, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada

El objetivo de este estudio fue analizar los trastornos mentales y la utilización de tratamiento por hermanos con duelo en la población general. Hermanos (n=7243) de todos los niños fallecidos en la población de Manitoba, Canadá, que murieron entre 1984 y 2009 fueron equiparados en una proporción de 1:3 con hermanos de control (n=21.729) que no tenían un hermano fallecido en el periodo de estudio. Se utilizaron ecuaciones para la estimación generalizada en la comparación de dos grupos de hermanos en los dos años previos y subsiguientes a la muerte del niño índice en los trastornos mentales diagnosticados por médico y la utilización de tratamiento, efectuando ajuste con respecto a factores de confusión como enfermedades mentales preexistentes. Los análisis se estratificaron según edad del afligido (<13 frente a 13+). Los resultados revelaron que, en los dos años subsiguientes a la muerte del niño, los hermanos afligidos tuvieron tasas significativamente más altas de trastornos mentales que los hermanos de control, aun después del ajuste con respecto a enfermedades mentales preexistentes. Al comparar el efecto de la muerte de un niño sobre los hermanos más jóvenes frente a los mayores, el incremento en las tasas de depresión desde antes del fallecimiento hasta después del mismo fue significativamente más alto para los hermanos menores de 13 años (p < 0,0001), aumentando más de 7 tantos (tasa relativa ajustada, ARR= 7,25, IC del 95%: 3,65-14,43). Los hermanos afligidos de 13 o más años tuvieron una morbilidad considerable en los dos años subsiguientes al fallecimiento: a 25% se les diagnosticó un trastorno mental (frente a 17% de los testigos) y tuvieron tasas más altas de casi todos los desenlaces de trastorno mental en comparación con los testigos, lo que comprendió un incremento del doble en la tasa de tentativas de suicidio (ARR= 2,01; IC del 95%: 1,29-3,12). Los hermanos de la cohorte afligida tuvieron tasas más altas de trastornos por consumo de alcohol y de drogas desde antes del fallecimiento de su hermano. En conclusión, la muerte de un niño conlleva considerable morbilidad en trastornos mentales de hermanos sobrevivientes. Los problemas de salud preexistentes y la desventaja social no explican del todo el incremento en las tasas de trastornos mentales.

Palabras clave: Hermanos, duelo, epidemiología, depresión, suicidio, trastorno mental.

(*World Psychiatry* 2016;14:59–66)

La mayoría de los niños tiene un hermano¹. Aunque las tasas de fecundidad son más bajas en países occidentales y los tamaños de las familias han disminuido en las últimas décadas, la mayor parte de los hogares con niños en Estados Unidos en 2010 tenían dos o más niños². Cada año más de 40.000 niños y adolescentes mueren en Estados Unidos y queda un número considerable de hermanos afligidos³.

El duelo del hermano es una experiencia acerca de la cual la literatura es muy escasa y por consiguiente no están claras las consecuencias de la pérdida de un hermano por muerte. Una serie de estudios de cohorte nacionales suecas reveló un aumento de mortalidad de hermanos afligidos en comparación con los testigos sin duelo⁴⁻⁸. Sin embargo, estos análisis se restringieron a poblaciones de hermanos adultos y no analizaron los resultados diferentes a la muerte.

En otros estudios más pequeños se ha analizado las experiencias de duelo en relación con las causas específicas de muertes de hermanos, es decir, cáncer y suicidio, y los hallazgos han sido contradictorios⁹⁻¹². Un estudio sobre el duelo relacionado con el cáncer no mostró ninguna diferencia en la ansiedad y en la depresión entre los hermanos con duelo y sin duelo¹³, en tanto que en otras series de casos descriptivos se identificó ansiedad, mal uso de sustancias, depresión y dificultades sociales entre los hermanos con duelo¹⁴⁻¹⁶.

En conjunto, la literatura existente parece indicar que el duelo por un hermano es una experiencia emocionalmente

dañina y puede dar lugar a muerte prematura. Sin embargo, una gran parte de los estudios están limitados por el sesgo de muestreo y los números pequeños de sujetos, y muchos carecen de un grupo de control. En consecuencia, todavía se desconoce la verdadera repercusión de perder a un hermano por muerte.

En el presente estudio se pretende ampliar la comprensión de la experiencia al analizar, por primera vez, los desenlaces en la salud mental de hermanos afligidos en la población general. Por otra parte, enfocarse en hermanos de fallecidos que tenían menos de 18 años y analizar los periodos relativamente breves (dos años antes y después de la muerte), tuvo como propósito captar las consecuencias emocionales experimentadas durante el periodo de duelo agudo en los hermanos que posiblemente estaban viviendo todavía en el mismo lugar que el niño fallecido.

Mediante el empleo de diagnósticos validados generados por médico, testigos equiparados sin duelo, seguimiento longitudinal y una serie de datos representativa de una población con acceso general a la atención médica sin costo, este estudio pudo superar muchas de las limitaciones de las investigaciones previas. Planteamos la hipótesis de que los individuos con duelo tendrían tasas elevadas de depresión y ansiedad en los primeros dos años después de la muerte de su hermano en comparación con los testigos y las tasas previas a la muerte.

MÉTODOS

Fuentes de datos

Los datos en este estudio fueron obtenidos del Fondo de Datos de Investigación de la Salud de la Población en el Centro Manitoba para Políticas de Salud de la Universidad de Manitoba en Canadá. El fondo contiene bases de datos sobre salud, censo, estadísticas vitales y otras bases de datos sociales para los 1,2 millones de residentes en la provincia de Manitoba. Los datos a nivel individual se vincularon a través de estas series de datos según una serie de información de salud personal que se depuró para garantizar el anonimato. La precisión de la vinculación en las bases de datos es excelente¹⁷.

Se incluyeron las siguientes fuentes de datos en este estudio: reclamaciones de médico (proporcionando diagnósticos para trastornos mentales y físicos de prácticamente todos los contactos médicos), resúmenes de altas hospitalarias (contactos para la admisión de pacientes hospitalizados y trastornos), registro de población (edad, género sexual, región de residencia, especificación de la estructura de la familia), datos del censo de estadística de Canadá (quintil de ingresos) y estadísticas vitales (datos de mortalidad).

Manitoba proporciona atención médica gratuita general a todos los residentes, y, por consiguiente, prácticamente todas las personas en la población son incluidas en las series de datos; las excepciones son personal militar activo y personas encarceladas. El periodo de estudio fue 1984-2009, con base en la completitud de los datos disponibles para ese periodo, y fue aprobado por la junta de ética de investigación de la Universidad de Manitoba.

Formación de cohortes

En la figura 1 se presenta un organigrama que describe cómo se compuso la cohorte de hermanos con duelo. Todos los niños menores de 18 años que fallecieron en Manitoba durante el periodo de estudio fueron identificados en la serie de datos de Estadísticas Vitales. Si varios niños de una familia fallecieron, sólo se incluyó al primero en el estudio y se consideró el fallecimiento índice. Utilizando el número de registro familiar compartido, solo se incluyeron en el estudio los fallecidos con un hermano en la fecha de la muerte.

Se idéntico a 7400 hermanos afligidos. Se excluyó a los hermanos que fallecieron durante el mismo suceso índice (por ejemplo, un incendio del domicilio) o a los primeros 90 días después de la muerte índice ($n = 104$), así como hermanos que sufrieron la muerte de un progenitor durante el suceso índice ($n = 53$) o en los primeros 90 días después del mismo. Esto dio lugar a una cohorte afligida de 7243 hermanos. De este grupo, 59 habían perdido a múltiples hermanos en el mismo suceso índice. En las familias en las que hubo más de 1 hermano sobreviviente, todos se incluyeron en la cohorte del hermano fallecido.

Estos hermanos afligidos fueron equiparados en una proporción de 1:3 con hermanos no afligidos con base en género sexual y edad en la fecha de la muerte (fecha de muerte = fecha índice), parentesco (hermano, hermana), edad (± 3 años), quintil de ingresos familiares y región de residencia en la fecha índice. Se excluyó a los hermanos de control si habían sufrido la pérdida de un hermano o de un progenitor en cualquier momento entre 1984 y 2 años después de la fecha índice, o si

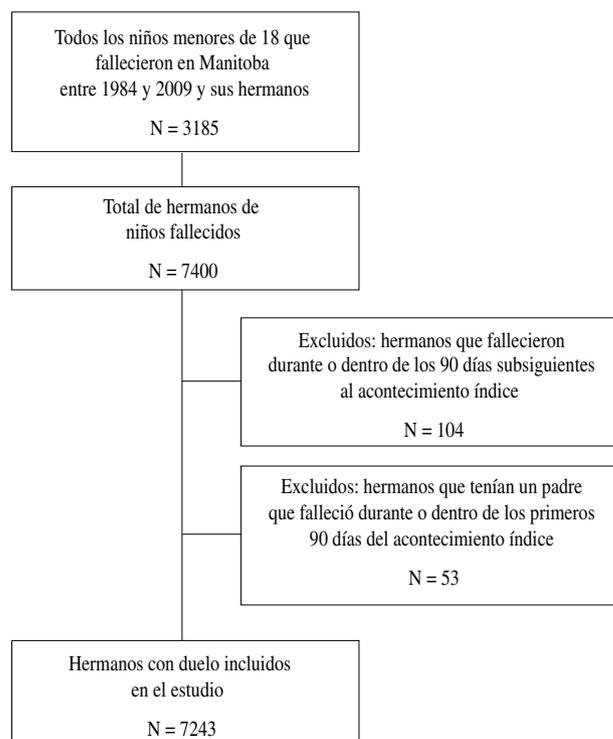


Figura 1. Formación de la cohorte de hermanos con duelo.

fallecieron en los primeros 90 días de la fecha índice. Se incluyó en los análisis a 21.729 hermanos sin duelo.

Variables de interés

Trastornos mentales

Los trastornos de interés fueron depresión (unipolar y bipolar), trastornos por ansiedad, trastornos por consumo de alcohol, trastornos por utilización de drogas, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) y tentativas de suicidio. “Cualquier trastorno mental” incluyó a todas las personas que cumplieron los criterios para cualquiera de los trastornos antes señalados. Estos trastornos se definieron utilizando los códigos de la ICD-9 - Modificación Clínica (ICD-9-CM) y de la ICD-10 Canada (ICD-10-CA) derivados de los resúmenes de las altas hospitalarias y de los registros de facturas de médicos de pacientes ambulatorios y fueron codificados utilizando definiciones de trastorno previamente validadas¹⁸.

Con base en la investigación previa, los periodos para el cálculo de las tasas de estos trastornos fueron los dos años previos a la fecha índice y los dos años subsiguientes a la fecha índice¹⁹.

Utilización de servicios de salud

Se analizaron cuatro tipos de servicios de salud. Estos fueron dos medidas de servicios de pacientes ambulatorios (consultas ambulatorias al médico por problemas de salud mental o por cualquier motivo) y dos medidas de ingresos hospitalarios (hospitalización por salud mental o por cualquier otro motivo).

Las frecuencias de cada tipo de servicio utilizado se basaron en la suma total de los contactos con cada grupo de herma-

no durante cada periodo de interés. La hospitalización se basó en pasar más de un día en el hospital y no incluyó la hospitalización por nacimiento.

Covariables

Se incluyeron las siguientes variables como covariables: si el hermano con duelo fue el único descendiente remanente en la familia (frente a 2 o más descendientes remanentes), género sexual del hermano (hermano, hermana), estado conyugal del hermano (casado, soltero), bajos ingresos, edad del niño índice en la fecha del fallecimiento (0-4, 5-17), edad del hermano en la fecha de la muerte del niño índice (0-4, 5+), existencia de algún trastorno mental previamente diagnosticado (sí, no) y la presentación de cualquier trastorno físico previamente diagnosticado (sí, no).

Los trastornos físicos analizados en este estudio fueron enfermedades cardiovasculares, cáncer, asma y diabetes. Se utilizaron definiciones validadas de estudios previos para documentar la existencia de enfermedades físicas²⁰.

Se calculó el nivel de ingresos de la familia agregando los ingresos domésticos con base en las zonas de distribución de los datos del censo y agrupándolos luego en 5 quintiles de ingresos (1 fue el más bajo y 5 fue el más acaudalado)²¹. Cada quintil contiene aproximadamente 20% de la población. Los individuos que no se pudieron asignar a un quintil de ingresos con base en los datos del censo fueron asignados al grupo desconocido (por ejemplo, personas en prisión). Se definieron los bajos ingresos como el quintil 1 y desconocido (frente a los 4 quintiles restantes combinados como el grupo de referencia).

Análisis estadístico

Se llevaron a cabo análisis utilizando el programa SAS versión 9.3. Se utilizaron pruebas de la X² para comparar las características de los testigos de hermanos con duelo y sin duelo para las diferentes variables demográficas y sociales. Las variables de interés fueron comparadas utilizando tasas relativas ajustadas (ARR) obtenidas de un modelo de ecuación de estimación generalizada utilizando distribuciones binomiales negativas o de Poisson.

En la serie inicial de análisis se examinó únicamente a los hermanos afligidos, comparando tasas de desenlaces en los dos años después de la muerte del niño índice con las tasas en los dos años previos a la muerte. Con base en las diferencias de tasas de trastornos en niños y adolescentes, se introdujo en el modelo un término de interacción para edad (13+ frente a <13) según periodo (post-muerte frente a pre-muerte). La significancia del término de la interacción sirvió de guía sobre la necesidad de análisis estratificados conforme a la edad.

En la segunda serie de análisis se comparó a hermanos afligidos y no afligidos en cuanto a tasas de desenlaces en los diferentes periodos (fechas postíndice frente a fecha preíndice). Estos análisis se estratificaron también según edad. Se incluyó en los modelos un término de interacción de grupo de hermano (con duelo frente a sin duelo) según periodo (fecha preíndice frente a fecha postíndice) como un método para explicar las tasas en el periodo de la fecha preíndice. La interacción entre los grupos de hermanos en los diferentes periodos efectivamente compara los cambios de tasa entre los dos grupos a través del tiempo y por tanto permite el ajuste con respecto a trastornos presentes antes de la fecha de muerte/índice.

Las tasas relativas en todos los análisis fueron ajustadas con respecto a las covariables antes señaladas, ingresadas de manera condicional en los modelos basados en la variable de interés y en el ajuste del modelo.

RESULTADOS

En la tabla 1 se proporcionan las características de los niños fallecidos y hermanos. De los 7243 hermanos de interés, hubo una proporción casi igual de hermanos y hermanas con duelo. La mayor parte de los hermanos afligidos (y por tanto los testigos equiparados en cuanto a ingresos) provenían de familias económicamente desprotegidas, y 3102 (43%) se hallaban en el quintil de ingresos más bajo. Sesenta y dos por ciento (n = 1961) de los niños fallecidos murieron antes de los 5 años de edad con una mediana de edad de 1,4. La principal causa del fallecimiento fue accidentes. Las enfermedades en la lactancia (trastornos perinatales, anomalías congénitas) también contribuyeron a muchos fallecimientos. Los hermanos afligidos tenían una edad que fluctuaba de 0 a 39 años, con una mediana de edad de 8 años y 95% de la muestra tenía menos de 24 años.

En la figura 2 se presenta la prevalencia de trastornos mentales ajustada entre hermanos afligidos y testigos durante los periodos previo y posterior a la muerte índice. El porcentaje de hermanos afligidos con algún trastorno mental diagnosticado por médico aumentó de 4,9 a 8,0 después de la muerte. Las cifras de prevalencia correspondiente en hermanos testigos fueron 4,0% antes de la fecha índice y 5,3% después. Este cambio en la frecuencia durante los periodos en hermanos afligidos fue significativamente mayor que el cambio de frecuencia en hermanos testigos (término de interacción de grupo pre-post por hermano: $p < 0,001$). En un 25% del grupo de 13+ de edad se estableció un diagnóstico de trastorno mental en el periodo de dos años subsiguiente a la muerte de su hermano, en comparación con el 16,5% de los hermanos testigos.

En la tabla 2 se comparan los resultados en los dos años subsiguientes a la muerte del hermano hasta los dos años previos entre el grupo afligido. Se observaron interacciones significativas de la edad para los desenlaces de depresión, ADHD, cualquier trastorno mental, consulta al médico por enfermedad mental y consulta al médico u hospitalización por cualquier motivo. Si bien los dos grupos de edad tuvieron tasas elevadas de depresión en el periodo subsiguiente al fallecimiento, los hermanos menores de 13 años de edad mostraron una tasa de más de 7 tantos mayor en comparación con el periodo previo al fallecimiento (ARR = 7,25; IC del 95%: 3,65-14,43), y este incremento de la tasa fue significativamente mayor que la duplicación de la tasa observada en el grupo de 13 o más años de edad (ARR=2,27, IC del 95%: 1,89-2,73, $p < 0,0001$ para la interacción). Los hermanos con duelo menores de 13 años de edad también tuvieron un incremento en las tasas de trastornos por ansiedad, ADHD y cualquier trastorno mental. El grupo de menores de 13 años tuvo incrementos de 3 tantos en la frecuencia de consultas al médico y de hospitalizaciones por enfermedades mentales, pero en general menos utilización de servicios de atención médica. Se observaron hallazgos similares en los desenlaces de trastornos mentales en los hermanos afligidos de 13 o más años de edad, pero con magnitudes más pequeñas. Las diferencias en este grupo de edad fueron el incremento de un 40% en el riesgo de trastornos por uso de drogas en el periodo subsiguiente al fallecimiento (ARR = 1,40, IC del 95%:

Tabla 1. Características de niños índices y grupos de hermanos

Niños índices (N = 3185)			
Edad del niño índice al morir (anos)			
Media ± DE	5,6 ± 6,7		
Mediana	1,4		
0-4, N (%)	1,961 (61,6)		
5-17, N (%)	1,224 (38,4)		
Causa de muerte de niño índice, N (%)			
Accidentes	712 (22,4)		
Otras enfermedades ^a	711 (22,3)		
Trastornos perinatales	571 (17,9)		
Anomalías congénitas	539 (16,9)		
Suicidio	204 (6,4)		
Síndrome de muerte súbita del lactante	161 (5,1)		
Neoplasias malignas	156 (4,9)		
Otras causas externas de muerte ^b	131 (4,1)		
	Hermanos con duelo	Testigos de hermanos	X²
	(N = 7243)	sin duelo (N = 21.729)	
Relación de hermano con niño índice, N (%)			
Hermano	3,616 (49,9)	10,848 (49,9)	0,00
Hermana	3,627 (50,1)	10,881 (50,1)	
Estado conyugal de hermano a la muerte del niño índice, N (%)			
Casado	170 (2,3)	493 (2,3)	0,15
Soltero	7,073 (97,7)	21,236 (97,7)	
Número total de niños en la familia (excluyendo al niño índice), N (%)			
1	1,325 (18,3)	1,290 (5,9)	
2+	1,325 (18,3)	1,290 (5,9)	
Edad de hermano en la fecha de muerte del niño índice (años)			
Media ± DE	9,667,3	NA	NA
Mediana	7,8	NA	
0-4, N (%)	2,523 (34,8)	NA	
5+, N (%)	4,720 (65,2)	NA	
Quintil de ingresos de hermano en la fecha del fallecimiento del niño índice, N (%)			
Quintil más bajo	3,102 (42,8)	9,339 (43,0)	1,38
Segundo quintil más bajo	1,412 (19,5)	4,232 (19,5)	
Quintil medio	1,044 (14,4)	3,152 (14,5)	
Segundo quintil más alto	890 (12,3)	2,662 (12,3)	
Quintil más alto	717 (9,9)	2,143 (9,9)	
Desconocido	78 (1,1)	201 (1,0)	

*p<0,001; NA, no disponible

aLas causas no externas no están captadas por ninguna de las otras categorías

bCausas no clasificadas como accidentales o autoinfligidas (por ejemplo, malos tratos a menores, homicidio, lesiones de causa indeterminada).

1,11-1,76) y la posibilidad de ADHD se redujo a la mitad (ARR = 0,47, IC del 95%: 0,29-0,77).

En la tabla 3 se muestra la comparación entre los hermanos afligidos y no afligidos a través de la fecha pre- y post-índice según grupo de edad. Para el grupo de hermanos preadolescentes, el duelo se relacionó con aumentos significativos en las tasas de depresión, algún trastorno mental, consultas ambulatorias al médico por enfermedades mentales y consultas al médico y hospitalización por cualquier motivo de salud (con base en los términos de interacción significativa). Los hermanos con duelo tuvieron tasas más altas de depresión en los dos años subsiguientes al fallecimiento en comparación con los testigos (ARR = 2,71; IC del 95%: 1,94-3,79). El análisis de la interacción significativa (p < 0,0001) explica las tasas de depresión previas al fallecimiento y confirma que estas tasas de depresión

posfallecimiento más elevadas en los hermanos afligidos también indican un incremento en la tasa previa y posterior que es significativamente diferente al cambio en la tasa previa y posterior entre los hermanos y testigos.

Las tasas de trastornos por consumo de drogas fueron significativamente más altas después del fallecimiento del hermano en comparación con los testigos sin duelo. Sin embargo, el término de interacción no significativa refleja las mayores tasas pre-fallecimiento entre la cohorte con duelo. Los niños afligidos tuvieron más probabilidades de ser hospitalizados en los dos periodos y estas tasas más elevadas se incrementaron en grado significativo después de la muerte de su hermano.

Hubo un patrón ligeramente diferente para los hermanos con duelo que eran adolescentes y mayores. Al igual que sus contrapartes preadolescentes, mostraron incrementos impor-

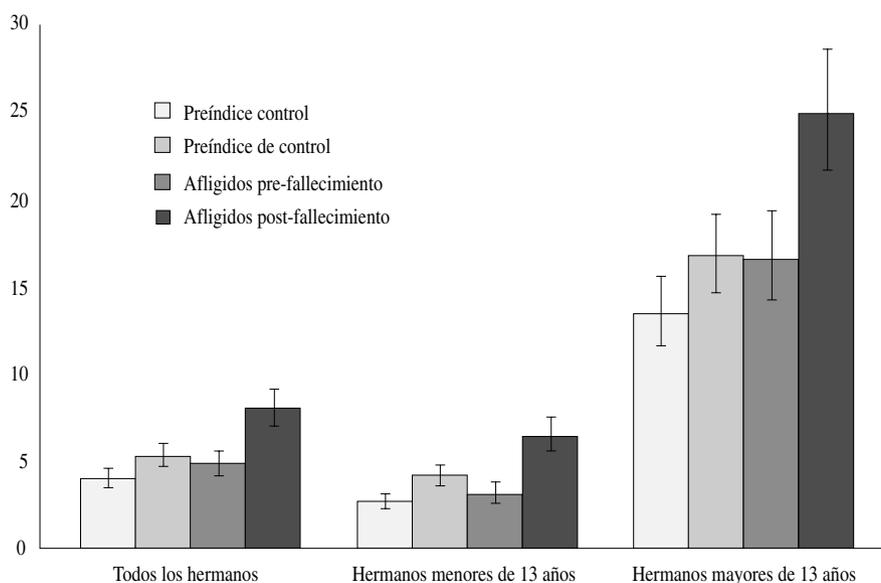


Figura 2. Prevalencia ajustada (%) de diagnóstico de cualquier trastorno mental en hermanos de control y afligidos en los periodos de 2 años previos y subsiguientes a la fecha índice. Las barras de error indican intervalos de confianza. Los cambios en la tasa pre-post fueron significativamente mayores para los hermanos con duelo en comparación con los testigos, con base en los términos de interacción de grupo pre-post por grupo de hermanos, con los siguientes niveles de significación: todos los hermanos ($p < 0,001$), hermanos de menos de 13 años ($p < 0,05$) y hermanos de 13 y más años ($p < 0,01$).

tantes en las tasas de depresión y de algún trastorno mental en comparación con sus homólogos afligidos durante el mismo periodo.

Sin embargo, este grupo de edad tuvo diferencias notables en la comorbilidad de trastornos mentales en el periodo previo al fallecimiento, con tasas más altas de trastornos por consumo de alcohol (ARR = 2,17; IC del 95%: 1,51-3,13), trastornos por uso de fármacos (ARR = 1,44; IC del 95%: 1,13-1,84) y tentativas de suicidio (ARR = 1,72; IC del 95%: 1,06-2,80) aun antes del fallecimiento de su hermano. Estas tasas más eleva-

das en comparación con los testigos sin duelo continuaron en el periodo subsiguiente al fallecimiento, dando por resultado un patrón de morbilidad de trastornos mentales considerable para casi todos los desenlaces.

Se llevó a cabo un análisis de sensibilidad para analizar la influencia del duelo por pérdidas de múltiples hermanos, así como episodios índices que dieron lugar a lesiones en el hermano afligido además de la muerte del niño índice. Hubo 59 hermanos que perdieron múltiples hermanos en el mismo suceso, y 19 hermanos que fueron hospitalizados con una lesión

Tabla 2. Comparaciones prefallecimiento y posfallecimiento de trastornos mentales y utilización de tratamiento en hermanos afligidos de 13 y menos años y hermanos afligidos de 13 y más años de edad.

	Tasas de desenlace posfallecimiento frente a tasas de desenlace prefallecimiento		
	Hermanos afligidos de < 13 (N = 5150) ARR (IC del 95%)	Interacción de periodo pre-post por grupo de edad de hermano (valor de la p)	Hermanos afligidos de 13+ (N = 2093) ARR (IC del 95%)
Trastornos mentales			
Depresión	7.25 (3.65-14.43)**	<0.0001	2.27 (1.89-2.73)**
Trastornos por ansiedad	2.17 (1.48-3.17)**	NS	1.48 (1.26-1.75)**
Trastorno por uso de alcohol	1.00 (0.25-4.00)	NS	1.37 (0.98-1.91)
Trastorno por uso de drogas	1.71 (0.75-3.92)	NS	1.40 (1.11-1.76)*
ADHD	1.69 (1.34-2.12)**	<0.0001	0.47 (0.29-0.77)*
Tentativa de suicidio	6.08 (0.73-50.55)	NS	1.20 (0.73-1.97)
Cualquier trastorno mental	2.06 (1.71-2.48)**	0.0026	1.50 (1.34-1.67)**
Utilización de tratamiento			
Consulta médica por enfermedad mental	3.06 (2.40-3.91)**	0.0005	1.66 (1.31-2.09)**
Consulta médica por cualquier motivo	0.90 (0.87-0.93)**	<0.0001	1.08 (1.02-1.13)*
Hospitalización por enfermedad mental	3.78 (1.47-9.72)*	NS	1.33 (0.96-1.85)
Hospitalización por cualquier motivo (diferente al nacimiento)	0.75 (0.66-0.86)**	0.0003	1.05 (0.92-1.20)

Hospitalización por cualquier motivo (diferente al nacimiento)

* $p < 0,01$; ** $p < 0,001$; NS, no significativo

ARR, tasa relativa ajustada; IC, intervalo de confianza; ADHD, trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Tabla 3. Comparaciones prefallecimiento y posfallecimiento de hermanos con duelo y testigos de hermanos equiparados sin duelo, según grupo de edad

	Edades de hermano con duelo <13 (N = 5150) frente a hermanos sin duelo (N = 15.450)			Hermano de 13 o más años de edad con duelo (N = 2093) frente a hermanos sin duelo (N = 6279)		
	2 años prefallecimiento ARR (IC del 95%)	Interacción de periodo pre-post por hermano (valor de la p)	2 años posfallecimiento ARR (IC del 95%)	2 años prefallecimiento ARR (IC del 95%)	Interacción de periodo pre-post por hermano (valor de la p)	2 años posfallecimiento ARR (IC del 95%)
Trastornos mentales						
Depresión	0.57 (0.28-1.17)	<0.0001	2.71 (1.94-3.79)***	1.20 (0.97-1.48)	<0.0001	2.27 (1.94-2.65)***
Trastornos por ansiedad	1.07 (0.73-1.59)	NS	1.43 (1.08-1.88)*	1.16 (0.98-1.37)	NS	1.35 (1.17-1.54)***
Trastorno por uso de alcohol	3.26 (0.84-12.62)	NS	1.09 (0.35-3.42)	2.17 (1.51-3.13)***	NS	2.15 (1.56-2.96)***
Trastorno por uso de drogas	3.64 (1.22-10.82)*	NS	2.34 (1.11-4.93)*	1.44 (1.13-1.84)**	NS	1.55 (1.25-1.91)***
ADHD	1.11 (0.84-1.47)	NS	1.19 (0.96-1.48)	1.27 (0.78-2.04)	NS	0.76 (0.40-1.46)
Tentativa de suicidio	—	—	—	1.72 (1.06-2.80)*	NS	2.01 (1.29-3.12)**
Cualquier trastorno mental	1.17 (0.95-1.45)	0.0153	1.53 (1.32-1.78)***	1.23 (1.10-1.39)***	0.004	1.48 (1.35-1.63)***
Utilización de tratamiento						
Consulta médica por enfermedad mental	0.73 (0.55-0.99)*	0.0034	1.18 (0.91-1.54)	1.22 (0.92-1.61)	NS	1.48 (1.15-1.91)**
Consulta médica por cualquier motivo	0.93 (0.91-0.96)***	<0.0001	1.02 (0.98-1.05)	1.01 (0.95-1.08)	NS	0.99 (0.93-1.05)
Hospitalización por enfermedad mental	2.86 (0.80-10.18)	NS	2.42 (1.03-5.69)*	1.57 (1.14-2.17)**	NS	1.78 (1.37-2.30)***
Hospitalización por cualquier motivo (diferente al nacimiento)	1.34 (1.19-1.51)***	0.0134	1.63 (1.42-1.86)***	1.29 (1.13-1.48)***	NS	1.19 (1.06-1.33)**

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001, NS, no significativo

ARR, tasa relativa ajustada; IC, intervalo de confianza; ADHD, trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

relacionada con la causa de la muerte de su hermano (por ejemplo, accidente automovilístico). La exclusión de estos hermanos (y sus testigos correspondientes) no alteró la significancia estadística de alguno de los términos de interacción que se muestran en la tabla 2 o en la tabla 3. Entre las ARR estadísticamente significativas que se presentan en las tablas 2 y 3, la mayor parte no se modificaron en el análisis de sensibilidad, pero tres se atenuaron ligeramente y solo alcanzaron la significación límite: los hermanos afligidos menores de 13 años de edad con diagnóstico de trastorno por uso de drogas en los dos años subsiguientes a la muerte (ARR = 2,14; IC del 95%: 1,00-4,58; p = 0,051) y hospitalizados por enfermedades mentales en los dos años después de la muerte (ARR = 2,33, IC del 95%: 0,97-5,99; p = 0,058), y los hermanos con duelo de edades de 13 o más años con tentativa de suicidio en el periodo de 2 años previos a la muerte (ARR = 1,59; IC del 95%: 0,97-2,61; p = 0,068).

DISCUSIÓN

Este estudio proporciona los primeros hallazgos sobre los desenlaces en la salud mental de hermanos afligidos de la población general. Profundiza el conocimiento de los efectos del duelo al analizar por separado los desenlaces en niños y adolescentes, lo que revela que, si bien algunas experiencias son similares, existen diferencias importantes que dependen de la edad a la cual una persona pierde a un hermano. Los resultados destacan la importancia del duelo como un periodo de vulnerabilidad y por consiguiente un foco importante para el tratamiento y los esfuerzos de conciencia del público.

Nuestros resultados parecen indicar que las experiencias de duelo varían según la edad del hermano que sobrevive. Tienen especial interés los mayores incrementos de las tasas de depresión en niños preadolescentes en comparación con el grupo de más de 13 años de edad. El perder a un hermano por fallecimiento condujo a un aumento de más de 7 tantos en la tasa de depresión diagnosticada por médico en el grupo de menores de 13 años en comparación con las tasas previas a la muerte. Este hallazgo podría indicar una acentuada vulnerabilidad a las consecuencias emocionales perjudiciales del duelo en niños más pequeños, o puede reflejar la incidencia inicial más baja de trastornos afectivos en este grupo de edad de la población, aunque la falta de diferencia significativa en la tasa previa a la muerte en la depresión en los dos grupos de edad en comparación con los testigos se contraponen a esta última hipótesis.

En muy pocos estudios se han comparado las reacciones de hermanos basadas en la edad. Se ha informado que el riesgo de problemas de la conducta y emocionales es más alto en grupos de edad adolescente²², en tanto que se ha visto que los niños más pequeños tienen dificultades sociales como el ser más aislados, sentirse menos aceptados y tener menos amigos²³. El presente estudio proporciona información que apoya ambas perspectivas. En comparación con los testigos sin duelo, los hermanos con duelo de 13 o más años de edad tuvieron tasas más altas de casi todos los trastornos mentales analizados. También tuvieron una mayor probabilidad de tratamiento hospitalario y ambulatorio. Sin embargo, este perfil inquietante de salud deficiente no se restringió a los adolescentes. Los niños menores de 13 años tuvieron tasas de depresión, ansiedad y trastornos por consumo de drogas más altas después de la

muerte del hermano en comparación con los testigos sin duelo equiparados en cuanto a edad. Estos desenlaces señalan que los efectos entre los niños pequeños no están limitados a las medidas de conectividad social. Esto plantea consideraciones importantes para los médicos generales y los pediatras que atienden a los niños pequeños con duelo, resaltando la importancia de la valoración y el tratamiento en una población que por lo demás podría no plantear una gran sospecha de trastornos mentales importantes.

Un hallazgo notable de este estudio es la salud y la adversidad social afrontada por los hermanos aun después de la muerte de su hermano y su hermana. Al momento de la muerte del niño, casi la mitad de las familias afectadas ocupaban el quintil de ingresos más bajo, demostrando una sobrerrepresentación acentuada de la desigualdad en ingresos. Aun antes de la muerte de sus hermanos, los niños menores de 13 años que iban a sufrir duelo ya tenían un diagnóstico de trastornos por consumo de drogas con una frecuencia casi cuatro veces mayor que la de los testigos sin duelo. El grupo mayor de hermanos que después tendrían duelo tuvo características aún más inquietantes de adversidad en la salud mental que los testigos, entre ellas, tasas más altas de trastornos por consumo de alcohol y drogas y tentativas de suicidio en los dos años previos a la muerte de su hermano. En conjunto estos hallazgos presentan un cuadro de desventaja sustancial para estas familias, tanto desde el punto de vista social como en relación con la salud. El ajuste de los análisis según los ingresos no acentuó los hallazgos en la salud, lo cual resalta que la privación social no es el único factor explicativo. Los factores genéticos compartidos posiblemente contribuyen a una interacción compleja con variables ambientales no medidas, como el consumo de tabaco, la nutrición deficiente y una educación en salud deficiente, factores todos que comparten relaciones con los trastornos mentales y físicos, la mortalidad de los lactantes y la pobreza^{24,25}.

Existen algunas limitaciones que se debieran tomar en cuenta en este estudio. No se llevó a cabo la estratificación de los análisis según factores como género sexual del hermano o edad de muerte del niño índice. Sin embargo, estos factores fueron analizados como covariables y no resultaron correlacionados con los desenlaces analizados y de ahí la decisión de no llevar a cabo una estratificación adicional. En este estudio se analizó a todos los hermanos con duelo de la población y, por tanto, en familias en las que había varios hermanos con duelo, se incluyeron todos en la cohorte. Los padres de hermanos en la cohorte sin duelo no fueron equiparados con los pares de hermanos sin duelo en la población general. Lo cual podría introducir algún factor de confusión. Las enfermedades parentales no se incluyeron y podrían influir en los desenlaces. La causa de la muerte podría ser un indicador de patología familiar y posiblemente influir en la salud mental del hermano con duelo. Ciertamente hay caminos importantes para la investigación futura, pero introducirían un grado de complejidad que se consideró más allá del alcance de este primer análisis del duelo de hermanos en la población.

En el estudio se analizó el duelo en relación con cualquier causa de muerte y por tanto el agrupamiento de personas con duelo según la muerte súbita junto con los que tenían un hermano que murió como resultado de una enfermedad prolongada. Aunque estas representan situaciones muy diferentes, decidimos analizar en términos generales el duelo por el hermano ya que es el primer estudio demográfico sobre los desenlaces

en la salud. El nacimiento de un nuevo niño en la familia puede haber influido en las reacciones al duelo, y esto no se tomó en cuenta para este estudio. Los resultados de este estudio dependieron de la búsqueda de tratamiento y por tanto no captan todas las variables de salud en la población. Los datos administrativos no permiten evaluar determinadas consecuencias emocionales como el duelo complicado, que puede tener una gran frecuencia en hermanos afligidos²⁶. El trastorno por estrés post-traumático representa otro desenlace que no es captado con exactitud en las series de datos; esta es una limitación importante dada la índole traumática de la pérdida del hermano. No todas las personas con trastornos mentales buscan tratamiento pese a una necesidad percibida²⁷, y por consiguiente, los resultados de este estudio posiblemente subestiman la verdadera morbilidad del duelo.

En resumen, el duelo entre hermanos claramente es una experiencia angustiante con el riesgo consecutivo de trastornos mentales, sobre todo depresión. La relación con el hermano es un vínculo estrecho para muchas personas y a menudo la conexión interpersonal más prolongada que una persona tendrá, y estos resultados demuestran que su muerte a una edad temprana conduce a alteraciones profundas en los sobrevivientes. Las familias en las que fallece un niño a menudo tienen dificultades de empobrecimiento y enfermedad entre su progenie, pero la muerte del niño ejerce un efecto perjudicial en los hermanos restantes que superan la adversidad en la salud y social preexistente. Los médicos, tanto los psiquiatras como los médicos generales, debieran tener presente estas vulnerabilidades.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a Manitoba Health por proporcionar datos (Comité de Privacidad de Información en Salud # 2010/2011-19). La preparación de este artículo fue respaldada por becas para investigación del Canadian Institutes of Health Research (a J.M. Bolton, no. 102682) y Manitoba Health Research Council (a J.M. Bolton), una Presea a la Cátedra del Consejo de Investigación de Salud de Manitoba (a J. Sareen), Canadian Institutes of Health Research/Public Health Agency of Canada Applied Public Health Chair (a P.J. Martens), y una Presea para Nuevo Investigador del Canadian Institutes of Health Research (a J.M. Bolton, no. 113589).

BIBLIOGRAFÍA

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World fertility patterns 2013. www.un.org.
2. U.S. Census Bureau. Family households by number of own children under 18 years of age: 2000-2010. www.census.gov.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Deaths: final data for 2012. www.cdc.gov.
4. Rostila M, Saarela J, Kawachi I. "The psychological skeleton in the closet": mortality after a sibling's suicide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; 49:919-27.
5. Rostila M, Saarela J, Kawachi I. Suicide following the death of a sibling: a nationwide follow-up study from Sweden. *BMJ Open* 2013;26:e002618.
6. Rostila M, Saarela J, Kawachi I. Mortality from myocardial infarction after the death of a sibling: a nationwide follow-up study from Sweden. *J Am Heart Assoc* 2013;2:e000046.
7. Rostila M, Saarela J, Kawachi I. Fatal stroke after death of a sibling: a nationwide follow-up study from Sweden. *PLoS One* 2013;8:e56994.

8. Rostila M, Saarela J, Kawachi I. The forgotten griever: a nationwide followup study of mortality subsequent to the death of a sibling. *Am J Epidemiol* 2012;176:338-46.
9. Brent DA, Perper JA, Moritz G et al. Psychiatric impact of the loss of an adolescent sibling to suicide. *J Affect Disord* 1993;28:249-56.
10. Brent DA, Moritz G, Bridge J et al. The impact of adolescent suicide on siblings and parents: a longitudinal follow-up. *Suicide Life Threat Behav* 1996;26:253-9.
11. Mitchell AM, Sakraida T, Kim Y et al. Depression, anxiety and quality of life in suicide survivors: a comparison of close and distant relationships. *Arch Psychiatr Nurs* 2009;23:2-10.
12. Dyregrov K, Dyregrov A. Siblings after suicide – “the forgotten bereaved”. *Suicide Life Threat Behav* 2005;35:714-24.
13. Eilegård A, Steineck G, Nyberg T et al. Psychological health in siblings who lost a brother or sister to cancer 2 to 9 years earlier. *Psychooncology* 2013;22:683-91.
14. Foster TL, Gilmer MJ, Vannatta K et al. Changes in siblings after the death of a child from cancer. *Cancer Nurs* 2012;35:347-54.
15. Nolbris M, Hellström AL. Siblings’ needs and issues with a brother or sister dies of cancer. *J Pediatr Oncol Nurs* 2005;22:227-33.
16. Rosenberg AR, Postier A, Osenga K et al. Long-term psychosocial outcomes among bereaved siblings of children with cancer. *J Pain Symptom Manage* 2015;49:55-65.
17. Roos LL, Nicol JP. A research registry: uses, development, and accuracy. *J Clin Epidemiol* 1999;52:39-47.
18. Martens P, Brownell M, Au W et al. Health inequities in Manitoba: is the socioeconomic gap widening or narrowing over time? Winnipeg: Manitoba Centre for Health Policy, 2010.
19. Bolton JM, Au W, Leslie WD et al. Parents bereaved by offspring suicide: population-based longitudinal case-control study. *JAMA Psychiatry* 2013;70:158-67.
20. Lix L, Yogendran MS, Mann J. Defining and validating chronic diseases: an administrative data approach: an update with ICD-10-CA. Winnipeg: University of Manitoba, 2008.
21. Brownell M, Chartier M, Santos R et al. How are Manitoba’s children doing? Winnipeg: Manitoba Centre for Health Policy, 2012.
22. Worden JW, Davies B, McCown D. Comparing parent loss with sibling loss. *Death Stud* 1999;23:1-15.
23. Gerhardt CA, Fairclough DL, Grossenbacher JC et al. Peer relationships of bereaved siblings and comparison classmates after a child’s death from cancer. *J Pediatr Psychol* 2012;37:209-19.
24. Kendler KS, Gardner CO. Sex differences in the pathways to major depression: a study of opposite-sex twin pairs. *Am J Psychiatry* 2014;171:426-35.
25. Wood D. Effect of child and family poverty on child health in the United States. *Pediatrics* 2003;112:707-11.
26. Herbeman Mash HB, Fullerton CS et al. Complicated grief and bereavement in young adults following close friend and sibling loss. *Depress Anxiety* 2013;30:1202-10.
27. Mojtabai R. Unmet need for treatment of major depression in the United States. *Psychiatr Serv* 2009;60:297-305.

DOI:10.1002/wps.20293

Enseñanzas aprendidas de las consecuencias imprevistas de programas para erradicar el estigma de las enfermedades mentales

PATRICK W. CORRIGAN

Department of Psychology, Illinois Institute of Technology, 3424 S. State Street. Chicago, IL, USA

Los defensores y científicos se han asociado para desarrollar y evaluar programas destinados a erradicar los efectos atroces de las diferentes formas de estigma. Se ha acumulado suficiente evidencia que genera enseñanzas sobre los enfoques para modificar el estigma. Algunas de las enseñanzas más esclarecedoras surgen de las consecuencias no intencionales de métodos con intenciones buenas, y en ellas se enfoca este artículo. Tales enseñanzas señalan las ventajas limitadas de la educación, sobre todo en comparación con el contacto, que combatir el estigma es más que cambiar palabras, la necesidad de tener presente la compasión como un mensaje, comprender los programas competitivos para el cambio del estigma, remplazar las ideas de normalidad con solidaridad y evitar modelar el auto-estigma como un problema de las personas con enfermedades mentales y no de la sociedad. El artículo termina con evaluando el rol secundario que los psiquiatras y otros proveedores de la salud mental desempeñan en la modificación del estigma.

Palabras clave: Estigma, enfermedades mentales, consecuencias imprevistas, educación, contacto, estigma público, auto-estigma, evitación del estigma, programa de servicios, programa de derechos, solidaridad.

(World Psychiatry 2016;14:67–73)

Eliminar los efectos atroces que el estigma tiene en las personas etiquetadas como "enfermas mentales" se ha convertido en una prioridad de salud pública importante en todo el mundo y muchos países han combatido el estigma en los últimos 10 años a través de campañas a nivel nacional.

Durante esta época, la investigación en torno al estigma y al cambio del estigma ha crecido en forma exponencial, desde sólo seis artículos en el periodo de cuatro años en el cual A. Farina instauró el primer trabajo empírico sobre el estigma de las enfermedades mentales en el año 1970, hasta los 22 artículos en la época en que B. Link comenzó su programa importante de investigación a principios de la década de 1980, y los 1008 artículos que se han publicado desde 2010.

La interrelación entre las evaluaciones de campañas nacionales y la investigación empírica identificada en las revistas profesionales ha dado por resultado varias enseñanzas que podrían tomarse en cuenta en el avance para tratar de borrar el estigma. Algunas de estas se describen aquí. El artículo comienza con respuestas breves a "¿qué es un estigma?", enfocándose sobre todo en su repercusión perjudicial. Dada la amplitud y complejidad de la experiencia del estigma, esta descripción está muy limitada a los efectos atroces del estigma público en la persona con enfermedades mentales. El documento se enfoca luego en formas de eliminar el estigma, atendiendo en gran parte las enseñanzas negativas: enfoques satisfactorios inesperados que no obstante generan una repercusión escasa o incluso perjudicial.

¿Por qué el enfoque en las consecuencias inesperadas? El estigma en gran parte es un problema de injusticia social y, por tanto, atrae a las personas con un programa progresista. La filosofía progresista en Estados Unidos, por ejemplo, exige utilizar la ciencia y las fuerzas sociales para borrar las enfermedades que conducen a la pobreza y a la discriminación¹. Los progresistas se acomiden energicamente para luchar contra los fenómenos sociales atroces, pero a menudo lo hacen sin tomar en cuenta los enfoques eficaces, que a veces agravan el status quo. Por ejemplo, B. Clinton promovía el "No pregunten; no digan" en la década de 1990 como una forma de disminuir la homofobia en los militares estadounidenses. Lamentablemente, esto

promovió el "encierro en el closet" y el secretismo en la comunidad homosexual. Evitar errores es un esfuerzo en atacar el estigma tan importante como desterrar la discriminación y de ahí la necesidad de aprender del fracaso de las estrategias con buenas intenciones. El análisis de las consecuencias inesperadas nos permite reconocer mejor los enfoques potencialmente útiles.

¿QUÉ ES EL ESTIGMA?

Han surgido varios modelos para explicar el estigma, como el enfoque de Link y Phelan² que desglosa los elementos complicados del fenómeno, y el modelo de Pescosolido et al.³ que integra las influencias normativas sobre el estigma. En la Tabla 1 presento una matriz bidimensional que representa los conceptos cognitivos que surgen de la psicología social y de la tipología del impacto.

Los modelos cognitivos sociales han descrito diversos constructos que describen la experiencia genérica del estigma en diferentes grupos no respetados (racismo, sexismo y homofobia) e incluyen estereotipos, prejuicio y discriminación⁴. Los estereotipos son estructuras de conocimiento que evolucionan como parte del desarrollo "normal" en una cultura. A menudo se enmarcan como creencias aparentemente basadas en hechos con un componente evaluativo negativo. Los estereotipos se convierten en prejuicio cuando las personas están de acuerdo con la creencia y la acompañan de emociones negativas y evaluaciones del grupo afectado^{5,6}. La discriminación es el resultado conductual del prejuicio, típicamente de forma punitiva y experimentado como eliminación de una oportunidad legítima o una reacción aversiva al grupo.

La investigación ha identificado una serie de prejuicios y conductas discriminativas que reflejan el estigma de las enfermedades mentales. En la Tabla 1 se enumeran varias de éstas, las que comprenden las más comúnmente informadas en la literatura sobre investigación⁷⁻¹⁰. Tal vez más nociva sea la peligrosidad: el que "tales personas" son delinquentes potencialmente violentos. La peligrosidad se relaciona en alto grado con

Tabla 1. Una matriz bidimensional para comprender el estigma: tipos de constructos cognitivos sociales

CONSTRUCTOS		ESTIGMA PÚBLICO	AUTOESTIGMA	EVITACIÓN DE ETIQUETA
COGNITIVO	PREJUICIO (estereotipos)	“Es peligroso”	“No soy confiable”	Diagnóstico de enfermedad mental significa “loco”
CONDUCTUAL	DISCRIMINACIÓN	Empleador se rehúsa a contratar a una persona con enfermedad mental	Persona con enfermedad mental no asume nuevas tareas	El individuo se refrena de acudir a la clínica para buscar ayuda

el temor, lo cual conduce a la evitación y al aislamiento, el resultado de la discriminación.

Los tres tipos de estigmas que se resumen en la Tabla 1 son estigma público, autoestigma y evitación de etiquetas.

El estigma público ocurre cuando la población general aprueba los estereotipos de enfermedad mental y con base en ellos se conduce de una manera discriminativa. La forma más problemática de discriminación es la evitación y el aislamiento. A fin de escapar a los riesgos ser asociados a personas con enfermedades mentales, los miembros del público general tratarán de evitarlas. La evitación es dañina, sobre todo cuando, con base en ello, los empleadores no contratan a personas con enfermedades mentales y los dueños de casas no se las rentan.

El autoestigma ocurre cuando las personas interiorizan el prejuicio y se discriminan a sí mismas. El autoestigma se ha dividido en etapas progresivas que se conocen como las tres A en inglés: aware (percepción), agree (acuerdo) y apply (aplicación)^{11,12}. ¿Se da cuenta el individuo con enfermedad mental de los estereotipos? Por ejemplo, ¿conoce la persona el estereotipo de que los individuos con enfermedades mentales son pueriles, incompetentes y, por tanto, no satisfarán las exigencias de su trabajo? ¿Está de acuerdo la persona con el estereotipo? ("Sí, las personas con enfermedades mentales son incompetentes y no pueden cumplir con las exigencias de un empleo competitivo"). ¿Se aplican el estigma a sí mismas? ("Tengo una enfermedad de manera que debo de ser incompetente"). La aplicación o interiorización de los estereotipos tiene dos efectos perjudiciales. Desde los puntos de vista cognitivo y emocional, la interiorización del estigma puede dañar la autoestima ("no soy un buen empleado; no puedo cumplir con las exigencias de mi trabajo en virtud que tengo una enfermedad mental") y reduce la autoeficacia ("no puedo mantenerme al día en mi trabajo pues soy una persona incompetente con una enfermedad mental"). Desde el punto de vista conductual, las tres A conducen al efecto de "por qué intentar"^{13,14}: "¿por qué debiera tratar obtener una promoción? No la merezco"; "¿Por qué debiera tratar de obtener un trabajo? No puedo tener éxito".

La evitación de las etiquetas alude a un tercer tipo de estigma, es decir, el estigma socava la utilización de servicios por los individuos que necesitan atención psiquiátrica. Una forma en la cual las personas son públicamente etiquetadas es por su relación con un programa de salud mental: "Sí, ella es Karen. Está saliendo de ese consultorio del psiquiatra. Debe estar loca". Para evitar el estigma, algunas personas se abstienen de buscar servicios que serían útiles, o no continúan utilizando los servicios una vez que iniciaron.

¿QUÉ ENSEÑANZAS SE HAN APRENDIDO DE FORMULAR ESFUERZOS ANTIESTIGMA?

Aunque explicar el estigma y su repercusión negativa es una prioridad en la investigación, el imperativo ético que impulsa esta

investigación proviene de los esfuerzos de defensa cuyo propósito es borrarlos. Así como las intervenciones clínicas más eficaces que originan en una asociación de investigadores y médicos a nivel clínico, igualmente los programas de investigación eficaz sobre cambiar el estigma se basan en la asociación entre los defensores con experiencia en el contexto real y los científicos sociales.

Con base en un análisis de la literatura sobre psicología social, los enfoques para modificar el estigma público se han dividido en protesta, educación y estrategias de contacto¹⁵. La protesta se basa en apelar a una autoridad moral (qué vergüenza que no respetemos a las personas con enfermedades mentales), lo que da lugar a un llamado para suprimir estos pensamientos. +La educación pretende reducir los mitos de la estigmatización de las enfermedades mentales al contrastarlos con los hechos. El contacto pretende borrar el prejuicio y la discriminación de la enfermedad mental a través de las interacciones entre el "público" y las personas en fase de restablecimiento. La mayor parte de la investigación sobre el cambio del estigma público ha analizado la educación y el contacto; por consiguiente, el resto de este artículo se enfocará en estos dos enfoques.

Educación o contacto

La educación tiene un atractivo seductor para muchos países: aborda los males sociales al enseñar a las personas sobre ellas y, de hecho, los refuerzos que promueve la educación en salud mental pueden ayudar a las personas a hacer mejor uso de los servicios, ya que comprenden mejor cómo los trastornos psiquiátricos pueden cuestionar las metas en la vida y cómo estos trastornos se pueden superar¹⁶.

Sin embargo, la investigación señala que la educación tiene una escasa repercusión en el prejuicio y la discriminación que limitan las oportunidades legítimas para una persona. Schomerus et al.¹⁷ revisaron dieciséis estudios en la población en que se hizo seguimiento a la evolución del conocimiento en torno a las enfermedades mentales y los cambios correspondientes en el estigma de 1990 hasta 2006. Los resultados demostraron un incremento significativo en el conocimiento de la población de que las enfermedades como la depresión y la esquizofrenia tienen un origen genético y por tanto son trastornos del cerebro. Por ejemplo, una mediana de un 75% de los respondientes en 2006 estuvo de acuerdo en que la esquizofrenia es un trastorno del cerebro, en comparación con casi un 55% en 1990. A pesar de este cambio, no se observó ninguna mejora en el estigma de la depresión y de hecho el estigma de la esquizofrenia empeoró. El estigma se definió aquí como aceptar de vecino o de compañero de trabajo a una persona etiquetada como esquizofrénica. La aceptación de compañeros de trabajo etiquetados con esquizofrenia disminuyó del 50% a cerca del 30% durante el lapso de datos de 16 años. Pese a los incrementos del conocimiento, no se ha modificado el estigma, o de hecho ha empeorado.

Los efectos inesperados de la educación surgen cuando se consideran los programas que enmarcan "la enfermedad mental

como un trastorno del cerebro". Los resúmenes de Read y colaboradores demuestran que la aprobación de este punto de vista se relaciona en alto grado con las creencias de que las personas con enfermedades mentales son peligrosas e incompetentes^{18,19}. Un estudio realizado por Phelan et al.²⁰ demostró los efectos específicos de enseñar al público sobre los modelos genéticos de las enfermedades mentales. La buena noticia fue, como era de esperar, que esta clase de educación disminuyó la culpa: "Las personas no optan por tener una enfermedad mental; tiene un origen biológico". Sin embargo, los modelos genéticos también condujeron al público a creer que las personas no se restablecerán; que las enfermedades mentales están "enraizadas". Se generan pronósticos desfavorables que más probablemente pronostican si un empleador contratará a una persona con enfermedad mental o un propietario les arrendará su casa.

Varios estudios de investigación han contrastado directamente los efectos de la educación y el contacto. Los resultados de un metanálisis de 13 estudios aleatorizados controlados demostraron que el contacto, en comparación con la formación educativa, generó un cambio significativamente mayor en las actitudes y en las intenciones de las conductas desde antes hasta después de la prueba. Por otra parte, los efectos de seguimiento fueron significativamente mayores para el contacto que para la educación²¹. Por cierto, la investigación del metanálisis también demostró que el contacto in vivo tuvo una mejor repercusión que el contacto que ocurre a través de algún medio²¹. Específicamente, las interacciones en persona con individuos que tienen enfermedades mentales tienen más repercusión que escuchar sus historias a través de un video.

El combate al estigma es más que cambiar palabras

El estigma relacionado con las enfermedades mentales suele comprenderse en términos de etiquetado, por ejemplo, marcar a las personas con el diagnóstico de esquizofrenia conlleva la repercusión negativa del estigma. En consecuencia, los profesionales y los defensores han pedido que se modifiquen las etiquetas de la enfermedad mental a fin de reducir su estigma²². Esto se ha realizado para otros trastornos: la demencia es ahora la enfermedad de Alzheimer, el retraso mental es discapacidad intelectual y la enfermedad maniaco-depresiva es el trastorno bipolar.

Varias asociaciones profesionales de Asia Oriental han propuesto cambiar el nombre a la esquizofrenia, en parte para resaltar el optimismo del restablecimiento en el pronóstico. Esta es una conducta relativamente nueva, de manera que la investigación sobre su repercusión todavía está evolucionando, la mayor parte de ella en Japón, que cambió el nombre irrespetuoso de esquizofrenia a "trastorno de integración". La investigación demuestra que los psiquiatras y otros proveedores de salud mental pronto aprendieron nuevas etiquetas²³. El percatarse de que una nueva etiqueta diagnóstica se relacionó inversamente con medidas conscientes e inconscientes de distancia social^{23,24}.

No obstante, aun cuando renombrar la enfermedad mental pudiese mostrar algún cambio en el estigma, el esfuerzo fundamentalmente malinterpreta los efectos perjudiciales del prejuicio y la discriminación. Independientemente de que las personas con una enfermedad mental grave sean etiquetadas con el término esquizofrenia o una etiqueta más benigna e informada, como trastorno de integración, la persona sigue marcándose como diferente. El daño del estigma surge tanto de la marca como de la diferencia²⁵.

El racismo no desapareció en Estados Unidos porque la mayoría llame ahora afroestadounidenses a las personas negras. Los científicos sociales designaron a los cambios putativos como estos "racismo moderno", en el que las formas evidentes de discriminación pueden desaparecer—por ejemplo, los medios de comunicación, los políticos o los expertos en comercializa-

ción ya no se refieren a los grupos de color utilizando términos atroces—pero la discriminación continúa en formas sutiles, por ejemplo, oponiéndose a servicios de autobús para los estudiantes de escuela primaria²⁶. Diagnosticar a las personas un trastorno de integración puede no mitigar la discriminación que experimentan por parte de propietarios, empleados y legisladores.

Además, promover el reetiquetamiento diagnóstico para borrar el estigma hace que se vea fácil el programa anti-estigma. Lo único que necesitamos hacer es cambiar las palabras. Lamentablemente, tiene sus consecuencias creer que el cambio de estigma es fácil. Los organismos financiadores como el National Institute of Mental Health de Estados Unidos están modificando sus prioridades, y el apoyo para la investigación en el estigma ha surgido y desaparecido en la última década. Algunos grupos profesionales consideran que ya no se necesitan los programas antiestigma²⁷. El reetiquetado diagnóstico favorece que la policía, los medios y otros, mejoren su lenguaje en torno a la palabra. Sin embargo, la investigación muestra que los esfuerzos de protesta para detener las palabras inadecuadas no disminuyen el estigma e incluso a veces lo agravan¹⁵.

Guardarse de la compasión: se trata de igualdad

Los síntomas y discapacidades de las enfermedades mentales, por su propia definición, cuestionan la felicidad y la esperanza. Reacciones similares en las enfermedades mentales comprenden tristeza y simpatía. La investigación parece indicar que los programas educativos enfocados en causas biológicas pueden aumentar la compasión o la simpatía, para las personas con enfermedades mentales²⁸⁻³⁰.

Weiner³¹ adujo que mirar simpáticamente a una persona como victimizada por varios trastornos de salud—incluido el cáncer, el VIH/SIDA y las cardiopatías—se relaciona con la disposición a proporcionar ayuda a esta persona. La investigación específica sobre las enfermedades psiquiátricas ha demostrado que los miembros del público en general que tienen lástima de individuos con enfermedades mentales, están más dispuestos a ofrecerles ayuda³².

Por consiguiente, se podría utilizar la compasión como una forma de fomentar el movimiento legislativo para mayores recursos dirigidos a los programas de salud mental. De hecho, la investigación demostró una relación significativa entre ver a las personas con enfermedades mentales de una manera piadosa y aprobar la asignación de más fondos para los servicios de salud mental³³. El análisis adicional demostró, no obstante, que eran los mayores recursos para el tratamiento obligado, y no los servicios de rehabilitación, los que se relacionaban con una mayor compasión.

La compasión también puede producir efectos negativos, en virtud de que se depende demasiado o se dramatiza lo que las personas con enfermedad y discapacidad no pueden hacer. La compasión puede crear un estigma diferente, por ejemplo, las personas con enfermedades mentales no pueden tomar decisiones a nivel de adulto²⁰. Considerar a las personas con enfermedades de una manera compasiva se ha relacionado con el estigma de benevolencia, es decir, puesto que las personas con enfermedades mentales no pueden manejar competentemente las exigencias de la vida, necesitan una autoridad benevolente que pueda tomar decisiones por ellas³⁴⁻³⁷.

Los defensores y los investigadores han aducido que un problema importante de muchos sistemas de salud son las prácticas de desempoderamiento que evitan que las personas con discapacidades persigan metas en la vida³⁸⁻⁴⁰. Las apelaciones a la simpatía pueden ser remplazadas por llamados al empoderamiento y a la autodeterminación. Todas las decisiones en torno a las metas en la vida y las intervenciones para lograr estas metas deben permanecer en las manos de la persona con enfermedad mental. Este mensaje se basa en el conocimiento de que las personas con

enfermedades mentales a menudo fracasan debido a las desigualdades en la población y en el sistema. Los defensores anti-estigma deben cultivar la empatía que conduce a la igualdad, no a la condensación y exageración de la diferencia. Los defensores claramente externan la meta: ¡Igualdad, no piedad!

Metas competitivas en el cambio del estigma

La repercusión del estigma público, que conduce a prejuicio y discriminación que socava la consecución de las metas en la vida relacionadas con el trabajo, la vida independiente y las relaciones personales, difiere notablemente de la evitación de la etiqueta, de manera que estas personas no buscan nuestros servicios de salud mental a fin de evitar las etiquetas de la estigmatización.

El abordar directamente el estigma para borrar esas repercusiones diferentes puede generar programas separados: el programa de servicios, para tratar de eliminar el estigma como un obstáculo en participar en los servicios basados en evidencia, y el programa de derechos, que reemplaza la discriminación que roba a las personas las oportunidades legítimas con actitudes y conductas de afirmación. Los enfoques en estos programas fueron desarrollados y madurados de manera independiente, lo que condujo a diferentes propósitos y procesos.

El programa de servicios

La disminución de la evitación de etiquetas a fin de promover la búsqueda de servicios de salud mental se ha convertido en una iniciativa de salud pública importante⁴¹. El programa australiano llamado *beyondblue* ataca la evasión de las etiquetas y la búsqueda de cuidados. Es una campaña de comercialización social que incluye anuncios de servicios públicos que enmarcan la depresión como una enfermedad tratable. Ha estado activo en Australia durante casi 15 años y se ha demostrado que ha penetrado bien en la población, de manera que un 60% de los australianos sabe del programa⁴². La percatación de la campaña se relacionó con un mejor reconocimiento de las enfermedades mentales y una mayor comprensión de los beneficios del tratamiento⁴³.

El programa *Mental Health First Aid* (Primeros Auxilios en Salud Mental) también ha tratado de reducir la evitación del estigma. Es un curso de ocho horas que se enseña en un contexto de salón de clases en que se analiza información y destrezas básicas de manera que los participantes en el curso pueden ayudar a otros con problemas o crisis de salud mental. La investigación de los resultados de este programa es promisoría: hallazgos de un metanálisis reciente demuestran que las personas que completan su capacitación en primeros auxilios posiblemente han dominado la información sobre las enfermedades mentales y demuestra una disminución del estigma⁴⁴. Esta clase de información debiera reforzar la búsqueda de cuidados.

El programa de derechos

Los programas cuyo propósito es erradicar el estigma público están tratando de promover los derechos civiles. La erradicación de la discriminación no es suficiente; la población necesita reemplazar el prejuicio con actitudes y conductas afirmativas. Las actitudes afirmativas promueven el restablecimiento y la consecución de las metas individuales con base en ideas de esperanza, empoderamiento y autodeterminación. Las conductas afirmantes son acciones de la sociedad que reafirman el restablecimiento y la autodeterminación. Comprenden formas innovadoras de proporcionar alojamientos aceptables y apoyos significativos.

Opening Minds es una iniciativa a nivel nacional en Canadá que en gran parte se basa en intervenciones basadas en contactos⁴⁵. Tenía como propósito construir redes de práctica, integraciones de pequeños programas basados en el contacto de todo el país que eran reembolsados por los expertos anti-estigma locales. Los análisis preliminares de esta iniciativa de seis años parecen señalar que los programas de contacto tienen efectos positivos en grupos de jóvenes, proveedores de atención a la salud, canadienses en el trabajo y los medios de comunicación a los cuales están dirigidos.

¿Cuál es la significación de las diferentes metas?

Los dos métodos para modificar el estigma difieren en propósitos y procesos fundamentales. Difieren en cuanto a mensaje. El mensaje de los servicios pretende erradicar el estigma de las enfermedades mentales al enmarcarlas como trastornos tratables. El mensaje de los derechos enfoca al estigma de la salud mental de una manera similar que a cualquier derecho civil, exigiendo que se acabe con la discriminación y promoviendo oportunidades.

Esos mensajes conducen a diferencias en las ventajas esperadas, lo cual da por resultado diferentes medidas de investigación de su éxito. El programa de servicios es satisfactorio cuando la evidencia demuestra que las personas con enfermedades mentales están buscando servicios más o están participando en mejor grado. El programa de derechos es satisfactorio cuando, por ejemplo, hay más personas con enfermedades mentales en el lugar de trabajo que reciben arreglos aceptables.

Los diferentes programas pueden ser dirigidos por personas con diferentes roles en el sistema de salud mental. El programa de servicios es impulsado por personas que confían en que el tratamiento ayuda: los que se han beneficiado de intervenciones y sus familias. Este enfoque suele ser respaldado por los proveedores de servicios y sus organizaciones profesionales. El programa de derechos es impulsado por quienes han sido victimizados por la discriminación, sea de manera directa o a través de las experiencias de otros.

Los programas pueden recurrir a diferentes estrategias para promover sus metas. El enfoque de los servicios es dominado por las campañas de comunicación de la salud y de servicios públicos cuyo propósito es influenciar a una amplia población. El enfoque en los derechos es más comunitario y recurre a personas con experiencias efectivas y casos de restablecimiento para cuestionar los ejemplos locales de discriminación y promover las oportunidades de la comunidad.

Los diferentes programas pueden competir entre sí. Resúmenes y evaluaciones de programas de gobierno con antecedentes de 5 a 10 años en Estados Unidos, Reino Unido, Canadá y Australia, demuestran que están limitados por los fondos disponibles. En consecuencia, se debe optar por diferentes presupuestos para las campañas de comercialización social, a fin de mejorar la búsqueda de servicios por contraposición a los esfuerzos comunitarios para promover los derechos. Nunca hay suficiente dinero para todas las propuestas, de manera que los beneficios para una pueden limitar los beneficios para otra.

La naturaleza del mensaje: normalidad frente a solidaridad

Goffman⁴⁶ caracterizó el estigma como "diferenciación no deseada" que es resultado de una marca que distingue y desacredita a un grupo diferente del de la mayoría. Las personas con enfermedades mentales son diferentes de la norma y, por consiguiente, anormales de alguna manera. Una forma de erradicar el estigma ha sido acentuar las similitudes entre las personas con enfermedades mentales y el resto de la población a través de una apelación a la normalidad. "A pesar de su esquizo-

frenia, Harold es como todos los demás". Desde ese punto de vista, Goffman consideraba que las personas estigmatizadas pueden ser agentes activos para reducir la diferencia a través de la gestión de inserción, el esfuerzo estratégico para minimizar las percepciones que otras personas tienen de uno mismo a fin de fomentar las metas individuales⁴⁶.

La gestión de la impresión para las discapacidades psiquiátricas en gran parte ha adoptado la forma de programas de educación al público que buscan reemplazar nociones de lo anormal con lo normal. Esto se realiza contrastando los mitos en torno a las enfermedades mentales graves con hechos que cuestionan estos mitos. El modelo de la normalidad se suele utilizar en las campañas de comercialización social que abordan el estigma. El programa *beyondblue* de Australia desmitifica el tratamiento al enmarcarlo como similar a otras intervenciones médicas.

A pesar de la promesa de las campañas de normalidad, puede haber efectos imprevistos. A las personas con enfermedades mentales se les dice fundamentalmente que conserven en secreto aspectos de su identidad. Suprimir la identidad tiene consecuencias que dañan la salud mental y física de una persona, sus relaciones y su bienestar⁴⁷. Pese a los riesgos, el salir del closet generalmente se ha visto que genera una mejor salud mental y física para homosexuales, lesbianas, bisexuales y personas transgénero (GLBT)⁴⁸. Mantener los secretos sólo empeora la salud y el bienestar.

¿Qué señala la investigación en torno a la identidad y que las personas con enfermedades revelen que las tienen? Algunas personas que se identifican con su enfermedad mental pueden mostrar menos autoestima y más pesimismo⁴⁹. Sin embargo, los efectos de la identidad con la enfermedad están influidos por la legitimidad percibida del estigma de enfermedad mental⁵⁰. Las personas que se identifican con la enfermedad, pero que también aceptan el estigma de su trastorno, informan menos esperanzas y una disminución de la autoestima. Por el contrario, aquellos cuyo sentido del yo incluye en forma prominente su enfermedad mental y que rechazan el estigma de la enfermedad mental, no sólo muestran más esperanza y mejor autoestima, sino también un mejor funcionamiento social.

La identidad puede tener valencias positivas o negativas. Las personas con enfermedades mentales pueden describirse a sí mismas en forma negativa en términos de su aflicción, fracasos o síntomas. Las personas podrían tratar de modificar esta clase de autoimagen en actividades de psicoterapia, actividades espirituales o afines. La identidad con la enfermedad mental también puede tener una valencia positiva, lo que conduce a un sentido de orgullo⁵¹. Las personas experimentan orgullo al alcanzar una norma reconocida por su cultura (por ejemplo, una medalla para el corredor) o establecida por ellos mismos (por ejemplo, un tiempo de mejor carrera personal). Superar los retos de la enfermedad mental, soportar el estigma social relacionado y demostrar un sentido de resistencia a la adversidad, pueden conducir a orgullo en la identidad.

El orgullo también surge de un sentido de quién es uno; el orgullo étnico es un ejemplo. "Soy un estadounidense irlandés" no parece indicar algún logro en sí, sino más bien una respuesta adicional a la búsqueda de la persona de comprender "¿quién soy yo?". En vista de esto, las enfermedades mentales cuyas dificultades han sido superadas pueden representar una identidad de la cual algunos individuos podrían enorgullecerse.

Esta clase de identidad promueve la autenticidad y el reconocimiento de las concepciones internas de una persona ante un mundo impositivo. Esto podría adoptar la forma de identificación del grupo. Las personas con enfermedades mentales que se identifican en mayor grado con "el grupo" tienen menos probabilidades de experimentar daño a la autoestima o la autoeficacia como resultado de un estigma interiorizado⁵².

¿En qué se convierte entonces la meta de los programas para modificar el estigma? ¿Podría el público necesitar reconocer los aspectos positivos de la identidad de la enfermedad con algunas personas y de hacer esto mostrando solidaridad con ellas? La solidaridad tiene dos significados aquí. En primer lugar, la investigación señala que las personas con un trastorno estigmatizado adquieren fuerza a través de la asociación con compañeros: solidaridad en un microcosmos del mundo. En términos más generales, sin embargo, es la experiencia donde la mayor parte respalda a las personas que públicamente manifiestan su identidad estigmatizada: estoy en solidaridad con las personas que se restablecen.

La tarea que queda para investigación futura y la defensa es identificar cuándo la normalidad o la solidaridad pueden ser más útiles para erradicar el estigma. Tal vez los mensajes de normalidad sean valiosos para las campañas de servicio público que pretenden reducir el estigma del tratamiento al presentar la psicoterapia como "es sólo una visita al médico de familia". Tal vez la solidaridad sea especialmente importante para la persona que lucha contra el autoestigma, buscando un grupo de compañeros ante los cuales sentirse orgulloso.

Autoestigma: ¿de quién es el problema?

Hay una enseñanza inesperada que vale la pena aprender en lo que respecta a atacar el autoestigma. Las estrategias educativas y cognitivas-conductuales abordan el autoestigma como "el problema de las personas", más que un problema de una sociedad que fomenta el estigma público, el prejuicio y la discriminación. Como resultado, los enfoques educativos y cognitivos pueden patologizar de manera no intencionada la experiencia del autoestigma, enmarcando estereotipos interiorizados como creencias irracionales que residen en las personas^{53,54}. Las creencias irracionales exigen tratamiento profesionalmente dirigido para corregir trastornos disfuncionales. Patologizar el autoestigma puede promover no intencionalmente el secretismo, señalando que las personas no debieran dar a conocer sus experiencias psiquiátricas.

El prejuicio de mandar una vez más a las personas al closet fue analizado antes; han surgido programas de revelación estratégica para abordar este prejuicio.⁵⁵ Salir con orgullo (COP) para borrar el estigma de la enfermedad mental es un programa de tres sesiones dirigidos por compañeros que ayuda a: a) evaluar los pros y los contras de darse a conocer en diferentes contextos; b) aprender formas relativamente seguras de darse a conocer; y c) formular la historia de darse a conocer⁵⁶.

En dos estudios aleatorizados y controlados se han documentado las ventajas del programa COP. El primero demostró que los participantes que completaban el COP, en comparación con un grupo de control, reconocía más ventajas para darse a conocer y menos necesidad de secretismo⁵⁷. Esto, a su vez, se relacionó con una disminución del estrés relativo al autoestigma y al darse a conocer, así como una mayor disposición a pedir ayuda cuando la necesitaban. En el segundo estudio, multicéntrico, mujeres que completaron el COP mostraron reducciones significativas en la depresión, en comparación con las del grupo de control⁵⁸. Estos efectos fueron mediados por reducciones significativas en el autoestigma y el estrés relacionado con el autoestigma. Además, quienes llevaron a cabo el COP buscaron un aumento significativo de los recursos percibidos para lidiar con el estigma en comparación con el grupo de control.

La estrategia de darse a conocer emite un mensaje diferente al de la educación y la terapia cognitiva. El COP dice que las personas con enfermedades mentales no necesitan pasar como normales ni conformarse a las expectativas basadas en el autoestigma. Darse a conocer exige solidaridad; que el público acepte y empodere a amigos, vecinos, compañeros de trabajo y a otros conocidos con la enfermedad mental.

¿QUÉ PODRÍAN HACER LOS PSIQUIATRAS Y OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL?

Si las personas progresistas buscan erradicar las injusticias sociales, ¿cuál es el papel que desempeñan los progresistas caucásicos en corregir las actitudes racistas contra los negros? ¿O los hombres en promover las oportunidades de las mujeres? ¿O los heterosexuales en abordar las injusticias sociales que experimenta la comunidad GLBT?

Las personas que buscan enderezar las injusticias sociales son energizadas, desean roles responsables en atacar estos males; son recursos vitales para modificar el diálogo social. Una enseñanza difícil, no obstante, es que los caucásicos, los hombres y los heterosexuales persigan estas metas de manera indirecta. Los negros deben estar al frente de la consecución de la justicia racial; las mujeres en búsqueda de la igualdad de género; la comunidad GLBT en establecer los derechos de los homosexuales. Ante la falta de líderes negros, mujeres y GLBT, los esfuerzos por erradicar el racismo, el sexismo y la homofobia no logran captar el programa dinámico de la comunidad que intentan empoderar.

Lo que es más, corregir el estigma es una tarea fundamental de poder; negros, mujeres y GLBT necesitan conservar el poder. Excluir a las personas de esas comunidades del liderazgo de manera no intencional sirve para desempoderarlas.

Así que ¿qué podrían hacer los psiquiatras y otros profesionales clínicos para corregir el estigma de las enfermedades mentales? Comenzar por asumir un rol secundario. Las personas con experiencia efectiva necesitan conducir el esfuerzo para erradicar el estigma de las enfermedades mentales. *Nihil de nobis sine nobis* ("Nada sobre nosotros sin nosotros") es una expresión que se considera surgió en Europa central durante la Ilustración, la cual afirma que ninguna política o acción debiera implementarse sobre un grupo sin la participación completa de ese grupo. Es un lema adoptado por los grupos de derechos de discapacitados en todo el mundo. Las personas con enfermedades mentales deben conducir los esfuerzos para establecer políticas y acciones que afectan a sus vidas. Esto es congruente con lo que la investigación ha demostrado sobre modificar el estigma público^{59,60}. No es el experto profesional que enseña los hechos de la enfermedad el que cambia el estigma, sino el contacto con las personas que comparten sus historias de restablecimiento.

El moverse a las sombras para asumir un papel de apoyo ha sido una enseñanza difícil para los profesionales, sobre todo cuando la sociedad los responsabiliza de dirigir sistemas de salud que proporcionan la óptica para comprender a las personas con enfermedades mentales. Sin embargo, la pericia de los profesionales en la gestión de los sistemas de servicios no es sinónimo de influir en la esfera social en la cual operan estos sistemas. Este es un aspecto pertinente a la especialidad que hay que considerar cuando los profesionales de la salud mental responden a las encuestas sobre el estigma del público.

Análisis exhaustivos demuestran que consumidores y familias suelen describir que los profesionales de la salud mental tienen más probabilidades de enfocarse en la enfermedad mientras ignoran a la persona^{61,62}. Hasta la mitad de los profesionales no aprobaron el restablecimiento como un desenlace para las enfermedades mentales graves⁶³. Los profesionales de la salud mental a menudo aprueban estereotipos en torno a las enfermedades mentales, tales como las percepciones de peligrosidad, imprevisibilidad y culpa^{64,65}. Lo importante aquí no es castigar a los profesionales; el estigmatizador no sirve de nada. Sin embargo, la sensibilidad respecto al problema posiblemente haga que los profesionales apoyen mejor a los colegas para erradicar el estigma.

Asumir un papel secundario no es irrelevante ni impotente. Los proveedores de salud mental tienen recursos importantes

para contribuir a los esfuerzos anti-estigma. Tienen una determinada credibilidad en la esfera pública. Las voces profesionales de esperanza y autodeterminación tras el caso de restablecimiento de una persona, en vez del pronóstico desfavorable que a menudo matiza las imágenes de los medios, avanzan exponencialmente las metas anti-estigma. En el proceso, los profesionales clínicos pueden acelerar a otros líderes de opinión para que contrarresten el estigma. Un ejemplo de una asociación eficaz es el de la Comisión de Nueva Libertad del Presidente G.W. Bush. Esta comisión fue una serie de personas con experiencia real, proveedores y otros interesados que se encargaron de formular una visión para que los servicios de salud mental avanzaran hacia el nuevo milenio.

Hay proveedores de servicios que tienen su propio caso de restablecimiento. Los profesionales que hacen una labor de defensa a través de sus experiencias de receptores de servicio pueden desempeñar un rol especialmente potente en el programa para modificar el estigma. Algunos profesionales compartieron sus casos en un libro reciente *Coming Out Proud to Erase the Stigma of Mental Illness: Stories and Essays of Solidarity*⁶⁶. Los psiquiatras y otros proveedores de la salud mental pueden dirigir el curso del estigma al asumir roles como estos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nisbet R. History of the idea of progress. New York: Transaction, 1980.
2. Link B, Phelan J. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol* 2001; 27:363-85.
3. Pescosolido B, Martin J, Lang A et al. Rethinking theoretical approaches to stigma: a Framework Integrating Normative Influences on Stigma (FINIS). *Soc Sci Med* 2008;67:431-40.
4. Corrigan PW, Kosyluk K. Mental illness stigma: types, constructs, and vehicles for change. In: Corrigan PW (ed). *The stigma of disease and disability: understanding causes and overcoming injustices*. Washington: American Psychological Association, 2014:35-56.
5. Crocker J, Major B, Steele C. Social stigma. In: Gilbert DT, Fiske ST, Lindzey G (eds). *The handbook of social psychology*, 4th ed. Boston: McGraw-Hill, 1998:504-53.
6. Eagly AH, Chaiken S. *The psychology of attitudes*. Fort Worth: Harcourt, 1993.
7. Corrigan PW, O'Shaughnessy JR. Changing mental illness stigma as it exists in the real world. *Aust Psychol* 2007;42:90-7.
8. Corrigan PW, Wassel A. Understanding and influencing the stigma of mental illness. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2008; 46:42-8.
9. De Toledo Piza Peluso E, Blay SL. Public beliefs about the treatment of schizophrenia and depression in Brazil. *Int J Soc Psychiatry* 2009;55:16-27.
10. Pescosolido B, Monahan J, Link B et al. The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *Am J Publ Health* 1999;89: 1339-45.
11. Corrigan PW, Calabrese JD. Strategies for assessing and diminishing selfstigma. In: Corrigan PW (ed). *On the stigma of mental illness. Practical strategies for research and social change*. Washington: American Psychological Association, 2005:239-56.
12. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. *J Soc Clin Psychol* 2006;25:875-84.
13. Corrigan PW, Larson JE, Rusch N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry* 2009;8:75-81.
14. Corrigan PW, Bink A, Schmidt A et al. What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the "Why Try" effect. *J Ment Health* (in press).
15. Corrigan PW, Penn D. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol* 1999;54:765-76.
16. Jorm A. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol* 2012;67:231-43.

17. Schomerus G, Lucht M, Holzinger A et al. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol Alcohol* 2011;46:105-12.
18. Read J, Harre N. The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatisation of 'mental patients'. *J Ment Health* 2001;10: 223-35.
19. Read J. Why promoting biological ideology increases prejudice against people labelled "schizophrenic". *Aust Psychol* 2007;42: 118-28.
20. Phelan JC, Cruz-Rojas R, Reiff M. Genes and stigma: the connection between perceived genetic etiology and attitudes and beliefs about mental illness. *Psychiatr Rehabil Skills* 2002;6:159-85.
21. Corrigan PW, Morris S, Michaels P et al. Challenging the public stigma of mental illness: ameta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv* 2012;63:963-73.
22. Sartorius N, Chiu H, Heok K et al. Name change for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2014;40:255-8.
23. Takahashi T, Tsunoda M, Miyashita M et al. Comparison of diagnostic names of mental illnesses in medical documents before and after the adoption of a new Japanese translation of 'schizophrenia'. *Psychiatry Clin Neurosci* 2011;65:89-94.
24. Takahashi H, Ideno T, Okubo S et al. Impact of changing the Japanese term for "schizophrenia" for reasons of stereotypical beliefs of schizophrenia in Japanese youth. *Schizophr Res* 2009;112:149-52.
25. Corrigan P, Bink A, Fokuo J et al. The public stigma of mental illness means a difference between you and me. *Psychiatry Res* 2015;226: 186-91.
26. McConahay JB. Modern racism, ambivalence, and the Modern Racism Scale. In: Dovidio JF (ed). *Prejudice, discrimination, and racism*. San Diego: Academic Press, 1986:91-125.
27. Rosenberg L. *Is mental health stigma overrated?* Washington: National Council for Behavioral Health, 2013.
28. Corrigan P, River L, Lundin R et al. Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophr Bull* 2001;27: 187-95.
29. Corrigan P, Rowan D, Green A et al. Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness. *Schizophr Bull* 2002;28:293-309.
30. Watson A, Otey E, Westbrook A et al. Changing middle schoolers' attitudes about mental illness through education. *Schizophr Bull* 2004;30:563-72.
31. Weiner B. *Judgments of responsibility: a foundation for a theory of social conduct*. New York: Guilford Press, 1995.
32. Corrigan P, Markowitz F, Watson A et al. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *J Health Soc Behav* 2003;44:162-2.
33. Corrigan P, Watson A, Warpinski A et al. Stigmatizing attitudes about mental illness and allocation of resources to mental health services. *Community Ment Health J* 2004;40:297-307.
34. Brockington I, Hall P, Levings J et al. The community's tolerance of the mentally ill. *Br J Psychiatry* 1993;162:93-9.
35. Cohen J, Struening E. Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *J Abnorm Soc Psychol* 1962;64:349-60.
36. Corrigan P, Edwards A, Green A et al. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophr Bull* 2001;27:219-25.
37. Madianos M, Vlachonikolis I, Madianou D et al. Prevalence of psychological disorders in the Athens area. *Acta Psychiatr Scand* 1987;75:479-87.
38. Beers CW. *A mind that found itself: an autobiography*. New York: Longmans, Green, 1908.
39. Chamberlin J. *On our own: patient controlled alternatives to the mental health system*. New York: Haworth Press, 1978.
40. Rogers ES, Chamberlin J, Ellison ML et al. A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatr Serv* 1997;48:1042-7.
41. Corrigan P, Druss B, Perlick D. The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychol Sci Public Interest* 2014;15:37-70.
42. Highet NJ, Luscombe GM, Davenport TA, et al. Positive relationships between public awareness activity and recognition of the impacts of depression in Australia. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:55-8.
43. Jorm AF, Nakane Y, Christensen H et al. Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Med* 2005;3:12.
44. Hadlaczky G, Hökby S, Mkrtchian A, et al. Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 2014;26 :467-75.
45. Stuart H, Chen S, Christie R. Opening minds in Canada: targeting change. *Can J Psychiatry* 2014;59:S13-8.
46. Goffman E. *Stigma; notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1963.
47. Wegner DM, Smart L. The hidden costs of hidden stigma. In: Heatherton TF, Kleck RE, Hebl MR et al (eds). *The social psychology of stigma*. New York: Guilford Press, 2000:220-42.
48. Beals K, Peplau LA, Gable SL. Stigma management and well-being: the role of perceived social support, emotional processing, and suppression. *Pers Soc Psychol Bull* 2009;35:867-79.
49. Rüsch N, Corrigan PW, Todd AR et al. Implicit self-stigma in people with mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2010;198:150-3.
50. Lysaker PH, Buck KD, Roe D. Psychotherapy and recovery in schizophrenia: a proposal of key elements for an integrative psychotherapy attuned to narrative in schizophrenia. *Psychol Serv* 2007;4:28-37.
51. Corrigan P, Kosyluk K, Rusch N. Reducing self-stigma by Coming Out Proud. *Am J Publ Health* 2013;103:794-800.
52. Watson A, Corrigan P, Larson J et al. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophr Bull* 2006;33:1312-8.
53. Links PS. Advancing psychotherapy integration for treatment of personality disorders. *J Psychother Integr* 2015;25:45-8.
54. Link BG, Wells J, Phelan JC et al. Understanding the importance of 'symbolic interaction stigma': how expectations about the reactions of others adds to the burden of mental illness stigma. *Psychiatr Rehabil J* 2015;38:117-24.
55. Mittal D, Sullivan G, Chekuri L et al. Empirical studies of self-stigma reduction strategies: a critical review of the literature. *Psychiatr Serv* 2012;63:974-81.
56. Corrigan PW, Lundin RK. *Coming Out Proud to eliminate the stigma of mental illness. Manual for program facilitators and participants*. Chicago: National Consortium for Stigma and Empowerment, 2012.
57. Rusch N, Abbruzzese E, Hagedorn E et al. Efficacy of Coming Out Proud to reduce stigma's impact among people with mental illness: pilot randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2014; 204:391-7.
58. Corrigan PW, Larson JE, Michaels PJ, et al. Diminishing the self-stigma of mental illness by Coming Out Proud. *Psychiatry Res* 2015;229:148-54.
59. Corrigan P, Michaels P, Vega E et al. Self-stigma of mental illness scale - short form: reliability and validity. *Psychiatry Res* 2012;199: 65-9.
60. Griffiths KM, Carron-Arthur B, Parsons A et al. Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry* 2014;13:161-75.
61. Holzinger A, Beck M, Munk I et al. Stigma as perceived by schizophrenics and depressives. *Psychiatr Prax* 2003;30:395-401.
62. Pinfold V, Byrne P, Toulmin H. Challenging stigma and discrimination in communities: a focus group study identifying UK mental health service users' main campaign priorities. *Int J Soc Psychiatry* 2005;51:128-38.
63. Magliano L, Marasco C, Fiorillo A et al. Burden, attitudes and social support in the families of patients with long-term physical diseases. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2004;13:255-61.
64. Kindon D, Sharma T, Hart D. What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness. *Psychiatr Bull* 2004;28:401-6.
65. Magliano L, De Rosa C, Fiorillo A et al. Beliefs of psychiatric nurses about schizophrenia: a comparison with patients' relatives and psychiatrists. *Int J Soc Psychiatry* 2004;50:319-30.
66. Corrigan PW, Larson J, Michaels P. *Coming out proud to erase the stigma of mental illness: stories and essays of solidarity*. Collierville: Instant Publisher, 2015.

DOI:10.1002/wps.20295

Alojamiento apoyado para las personas con problemas de salud mental

El proceso de “desinstitucionalización” en las últimas décadas ha dado lugar a que muchos países establezcan servicios de alojamiento apoyado para permitir a las personas con problemas de salud mental vivir en la sociedad. En los primeros días, la mayor parte de estos centros eran hogares o residencias para grupos comunitarios, pero con el tiempo resultó claro que no solo estas personas a menudo podían adquirir destrezas para una vida más independiente, sino también que muchas preferían no vivir con otros usuarios del servicio. Por consiguiente, en muchos países, evolucionó una gama de provisiones, que consistían en centros dotados de mucho personal, 24 horas al día (como los hogares de cuidados a residentes), así como los hogares de grupos compartidos y hostelerías dotados de menos personal, bloques de departamentos en los que los residentes tienen su propio arrendamiento privado pero que hay personal en el lugar al menos durante parte del día, y los modelos de “flotación” o “de alcance social”, en los que el personal que tienen una base fuera del lugar visitan a los usuarios del servicio en sus propios hogares individuales o compartidos, brindando apoyo de intensidad flexible.

En algunos países, los servicios ahora están organizados en una “vía de cuidados”, en la que las personas van de un hospital a un alojamiento con gran apoyo, cambiando a ámbitos más independientes cada determinados años a medida que adquieren habilidades y seguridad. Esto tiene la ventaja de proporcionar metas claras para que las personas se esfuercen por lograr un apoyo adaptado a sus circunstancias, pero también significa que los individuos tienen que mudarse a su casa cuando se recuperan de sus problemas de salud mental. Sin embargo, en otros países, edificios dentro del campo de algún hospital psiquiátrico fueron rediseñados como “alojamiento con apoyo”, con pocas o ninguna opción adicional para que las personas se muden. Las inquietudes en torno a una falta de comportamiento rehabilitativo en las residencias comunales más tradicionales han dado por resultado que algunos aseguren que los servicios de salud mental han experimentado un proceso de “transinstitucionalización” más que desinstitucionalización.¹

Es difícil establecer estimaciones exactas del número de personas que viven en servicios de alojamiento apoyado por especialistas en salud mental ya que en muchos países participan múltiples proveedores (incluidos los servicios sociales estatutarios y las organizaciones del sector voluntario) y no hay requisitos de registro centralizado a partir del cual se puedan extraer datos. En el 2006, se estimó que alrededor de 12.500 personas con problemas de salud mental estaban viviendo en centros de atención residencial en Inglaterra,² y cerca de 24.000 personas estaban recibiendo servicios de alcance flotante por especialistas en salud mental.³

Las personas que necesitan servicios de alojamiento apoyado a menudo tienen problemas de salud mental graves y complejos, como esquizofrenia, con dificultades cognitivas asociadas que alteran sus habilidades organizativas, motivación y capacidad para gestionar las actividades de la vida cotidiana.⁴ El apoyo que necesitan para vivir satisfactoriamente en la

población es de carácter principalmente práctico, y consiste en ayuda para manejar la medicación, cuidado personal, lavandería, pago de cuentas, compras, cocina y limpieza.⁵ La mayoría no tienen empleo, están socialmente aisladas y muchas no participan en procesos civiles y políticos.⁴ Por lo tanto, pueden precisar estimulación y apoyo para lograr acceso a los recursos de la sociedad y para permanecer en contacto con familias y amigos.

En Inglaterra, el costo promedio estimado de proporcionar servicios sociales flotantes a una persona es del orden de 150 libras esterlinas por semana, y se estima que un lugar de cuidados para ancianos es del orden de 500 libras por semana. Claramente los costos de proporcionar un alojamiento con apoyo son del orden de miles de millones cuando se multiplica por los millares de personas que utilizan estos servicios en múltiples países. Además, los servicios de salud mental de la población estatutarios a menudo proporcionan una participación adicional a los residentes y al personal de los servicios de alojamiento apoyado y, en consecuencia, tanto los costos para la salud como de la atención social debieran tomarse en cuenta al valorar la rentabilidad de este enfoque.

Pese a la gran inversión en servicios de alojamiento apoyado para las personas con problemas de salud mental, existe una carencia de investigación de gran calidad que evalúe la eficacia de diferentes métodos. El único análisis sistemático de la literatura en este campo informó el hallazgo simple de que no se habían realizado estudios de calidad adecuada.⁶ Esto es comprensible dadas las dificultades logísticas de distribuir en forma aleatoria a individuos a diferentes tipos de alojamiento respaldado cuando los profesionales clínicos y los usuarios de servicios pueden tener fuertes preferencias sobre la clase de apoyo que consideran que es necesario. No obstante, existen pruebas que indican beneficios definidos en comparación con la hospitalización a largo plazo. Un estudio de cerca de 700 pacientes en estancias prolongadas, dados de alta a la población después del cierre de los dos hospitales de salud mental de gran volumen en el norte de Londres, en la década de 1990, reveló que la mayor parte no podían sostener una propiedad en la población pero la mayoría podía desplazarse satisfactoriamente a ámbitos con menos respaldo en los cinco años subsiguientes.⁷ Así mismo, el Estudio de Desinstitucionalización de Berlín reveló que la calidad de vida de los pacientes mejoraba después de mudarse a la población.⁸ Un estudio a pequeña escala llevado a cabo en una zona de Londres con una vía de atención de alojamiento apoyado a la salud mental bien establecida reveló que, durante un periodo de cinco años, un 40% de las personas se mudaba a un alojamiento menos apoyado (más independiente) y el 26% permanecía en el mismo alojamiento, sin necesitar reingresar al hospital y sin ningún problema en su ubicación en la población; en general, un 10% avanzó a un vida completamente independiente en una propiedad permanente.⁹

Una extensa encuesta de alojamiento apoyado para la salud mental en Inglaterra reveló escasas diferencias en las características de usuarios de los tres tipos principales: cuidados resi-

denciales, apoyo basado en edificio y asistencia social flotante. La mayoría eran del género masculino, con un diagnóstico de psicosis, casi la mitad también había tenido un antecedente de mal uso de sustancias. A la mayoría se les prescribía medicación psicoactiva y todos los servicios proporcionaron apoyo con cuidado personal y actividades de la vida diaria. Los tipos de servicios proporcionados al parecer tienen poco que ver con el contexto sociodemográfico del área local y en su mayor parte fueron impulsados por diferentes métodos regionales para la planificación de la salud y la disponibilidad de los servicios de salud mental estatutarios. Una encuesta nacional de cuidados residenciales en salud mental en Italia también informó una falta de relación entre la provisión y las necesidades de salud mental de la población local.¹⁰ Esta encuesta también reveló bajas tasas de alta y consideró que muchos servicios de cuidados paliativos estaban operando como “hogares para la vida”, proporcionando poco en lo referente a rehabilitación.

Una serie de estudios ha identificado discrepancias entre diferentes perspectivas de “interesados” sobre el grado de apoyo necesario y los usuarios de los servicios tienen a preferir alojamiento más independiente, en tanto que el personal y los familiares tienden a preferir que sus familiares vivan en entornos con personal.¹¹ Aunque en la comunidad, los centros con personal pueden reproducir los esquemas institucionales,¹² algunos usuarios de servicios han observado un alojamiento más independiente, como los apartamentos con respaldo, por lo que se sienten solos.¹³

En Estados Unidos, el enfoque “Capacitar y Alojar” (que proporciona un grado constante de dotación de personal en el centro a una serie de usuarios de servicios que viven en apartamentos, con la expectativa de que los usuarios de servicios se muden a un alojamiento más independiente conforme obtienen destrezas para vivir) se comparó en un estudio casi experimental con el enfoque “Alojar y Capacitar” (que proporciona apoyo de cuidado social fuera del centro de intensidad flexible a los usuarios de servicios que viven en propiedades por tiempo ilimitado e independientes). Este último enfoque facilitó una mayor integración en la comunidad y satisfacción del usuario del servicio.¹⁴

En Canadá, la eficacia de un modelo similar, “Primeramente Alojamiento”, que proporciona acceso inmediato a una propiedad permanente para personas sin hogar con problemas de salud mental junto con apoyo social intensivo por un equipo interdisciplinario de especialistas en salud mental de la población, fue evaluado en un estudio aleatorizado controlado reciente. Aunque los participantes que recibieron el modelo lograron una mayor estabilidad de alojamiento que los que recibieron atención normal en el seguimiento a dos años, no hubo diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos en cuanto a la calidad de vida.¹⁵

Un programa de 5 años de investigación, financiado por el Nacional Institute of Health Research en Inglaterra, está ahora tratando de abordar algunas de las brechas de evidencia en este campo. Este proyecto, denominado QuEST (calidad y eficacia de propiedades con apoyo para las personas con problemas de salud mental), incluye investigación detallada de la provisión, calidad, formas clínicas y rentabilidad de diferentes tipos de servicios de alojamiento con apoyo para personas con problemas mentales en Inglaterra, y un estudio de factibilidad en que se compara el alojamiento apoyado y los servicios de asistencia social flotantes (www.ucl.ac.uk/quest).

En conclusión, muchas personas con problemas de salud mental graves residen en alojamiento apoyado. Existe una gran heterogeneidad en los tipos de servicios proporcionados y el contenido de la atención proporcionada dentro y entre los países, y escasa evidencia que sirva de guía para los profesionales clínicos y quienes planifican los servicios. Se necesita urgentemente más investigación en este campo para establecer los modelos más eficaces en los cuales invertir.

Helen Killaspy

Division of Psychiatry, University College London, London, UK.

1. Priebe S, Frottier P, Gaddini A et al. *Psychiatr Serv* 2008;59:570-3.
2. The Information Centre. *Community care statistics 2006*. Supported residents (adults), England. London: The Information Centre, 2006.
3. Department of Community and Local Government. *Research into the effectiveness of floating support services for the Supporting People programme*. London: Communities and Local Government, 2006.
4. Holloway F. *The forgotten need for rehabilitation in contemporary mental health services*. London: Royal College of Psychiatrists, 2005.
5. Priebe S, Saidi M, Want A et al. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44:805-14.
6. Chilvers R, Macdonald G, Hayes A. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;4: CD000453.
7. Leff J, Trieman N. *Br J Psychiatry* 2000;176:217-23.
8. Priebe S, Hoffmann K, Iserman M et al. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:387-92.
9. Killaspy H, Zis P. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013;48: 1005-12.
10. de Girolamo G, Picardi A, Micciolo R et al. *Br J Psychiatry* 2002;181: 220-5.
11. Piat M, Lesage A, Boyer R et al. *Psychiatr Serv* 2008;59:1011-7.
12. Ryan T, Pearsall A, Hatfield B et al. *J Ment Health* 2004;13:425-9.
13. Walker R, Seasons M. *Can J CommunMent Health* 2002;21:137-51.
14. Corrigan P, McCracken S. *Soc Work* 2005;50:31-9.
15. Stergiopoulos V, Hwang S, Gozdzik A et al. *JAMA* 2015;313:905-15.

DOI:10.1002/wps.20278

Nuevos enfoques en las intervenciones para niños refugiados

El incremento global alarmante de personas desplazadas a la fuerza a causa de persecución, conflictos, violencia o violación de los derechos humanos plantea una serie de problemas para los servicios de salud y otros del sector público. Aproximadamente 51,2 millones de individuos pertenecen a este amplio grupo, el cual en gran parte consta de 33 millones de

desplazados internamente, 17 millones de refugiados y 1,2 millones de personas que buscan asilo. Los conflictos ya no están confinados a las regiones, con la crisis de refugiados de Siria, por ejemplo, sino que se han propagado sobre todo al sur de Europa, donde los refugiados sirios ya superan los 1,5 millones tan solo en Turquía, de los cuales 250.000 viven en

campos. Los niños menores de 18 años constituyen alrededor de 50% de la población de refugiados con un total de 25.000 menores que no están acompañados y que solicitan asilo cada año en 80 países.

En los últimos años cada vez hay más evidencia de la prevalencia de trastornos mentales en niños refugiados y los factores de riesgo subyacentes, pero sigue siendo relativamente limitado el conocimiento en torno a la formación de resistencia a la adversidad, tratamiento y eficacia de los servicios. Los estudios provienen de zonas que han tenido conflictos previos o de países occidentales con niños recién llegados (en busca de asilo) o reubicados (refugiados) y adolescentes. Las características de estos grupos, contextos sociales y sistemas de servicios son desde luego diferentes y precisan diversos enfoques.

La mayor parte de los estudios epidemiológicos se han enfocado en el trastorno por estrés postraumático, pero cuando se han extendido a otros trastornos como la depresión, claramente ha surgido la repercusión tanto del trauma previo como de las adversidades en la vida actual sobre las alteraciones mentales de los niños¹. Destaca el efecto mediador de las enfermedades mentales en los padres y la capacidad de crianza², aunque sea sorprendente que se haya dirigido menos atención hasta el momento al rol que desempeña la calidad de las relaciones de apego, incluidas aquellas con los miembros de la familia extendida. Los niños sin compañía tienen un incremento en el riesgo de trastornos mentales y una menor participación en los servicios en comparación con los niños refugiados que viven con sus padres³.

Se ha investigado menos los factores que favorecen la salud mental o que moderan los factores estresantes en esta población, pese al reconocimiento de su relevancia directa para planificar las intervenciones. Aunque no siempre tienen una base teórica, estos estudios han identificado factores individuales (espiritualidad, estrategias de adaptación, locus de control interno), familiares (circunstancias económicas, aceptación y apoyo de las familias) y sociales (protección de los vecinos, redes de apoyo social, retención escolar)⁴. Estos son hallazgos importantes, pero en la actualidad carecemos de un modelo coherente que los conecte y que aporte información para el desarrollo de intervenciones y servicios.

Por lo que respecta a las múltiples necesidades de los niños, los servicios suelen aspirar a un modelo socioecológico, pero esto por lo general no ha sido respaldado por la evidencia de investigación, ya que la mayor parte de los estudios todavía están basados en autoinformes, y raras veces se implementan los programas a niveles individual, familiar y social. Las intervenciones por lo general se basan en diversos modelos psicológicos, los cuales en gran parte están enfocados en el trauma, sean implementados de manera individual o con grupos, pero sin incorporar los niveles familiar y social⁵. En su mayor parte se dirigen a la reproducción de la experiencia y la reconstrucción de las cogniciones y emociones relacionadas con el trauma, y los hallazgos no siempre se basan exclusivamente en niños refugiados, sino más bien en niños expuestos a conflictos bélicos o políticos, y que viven en una gama de circunstancias. La claridad teórica y la fidelidad de las intervenciones varían considerablemente, así como su perspectiva del desarrollo si se adaptaron de programas en el adulto, o la demarcación entre la prevención general y específica⁶.

En general, los campos clínicos y socioecológicos están convergiendo gradualmente. Por consiguiente, necesitamos conceptualizar los programas de intervención y el desarrollo de ser-

vicios de niños refugiados en un contexto integrado. También debiéramos tomar en cuenta el vacío o las limitaciones de los servicios públicos en la mayoría de los países, donde existe una enorme desigualdad entre el número de refugiados y los recursos y esta brecha suele ser cubierta parcialmente por las organizaciones no gubernamentales (NGO) con filosofías, misiones, estructuras y fuentes de financiamiento variables. El desarrollo de un modelo integral también debiera basarse en la información generada por la teoría organizativa, sobre todo la teoría de la implementación. El modelo propuesto por Greenhalgh et al.⁷ es útil, ya que define las etapas secuenciales, cada una con sus propios dominios, es decir, innovación, adopción por individuos, asimilación por el sistema, difusión y propagación.

Se debe hacer una diferenciación del servicio entre los niños refugiados desplazados de países con bajos ingresos y los reubicados en sistemas de atención a la salud con altos ingresos, lo mismo que entre las fases aguda y de construcción de la resistencia a la adversidad.

En los países con bajos ingresos, las crisis humanitarias suelen ser abordadas por las naciones unidas, los departamentos gubernamentales y las NGO internacionales, y este periodo sigue siendo fluido en términos de necesidades agudas y movilidad. Las intervenciones basadas en grupo, sobre todo las escolares, cuando es posible, son las más rentables. Se ha utilizado una serie de modalidades y en un pequeño número de estudios se han empleado diseños experimentales como los estudios aleatorizados controlados⁸. Estos se han basado en terapias de juego, creativas-expresivas, cognitivas conductuales, de exposición a cuentos, interpersonal y enfocadas en el duelo, con una tendencia a ampliar su enfoque en vez de solo enfocarse en el trauma⁹. Este es un inicio útil, pero se debe maximizar a través de los sistemas existentes, predominantemente comunidades y escuelas; trabajadores sociales no especializados en salud o asesores laicos que respaldan a los padres como mediadores; y empoderamiento local¹⁰.

La implementación de las intervenciones ante la falta de profesionales especializados es otra dificultad clave. En realidad, la mayor parte de las intervenciones solo pueden implementarse por maestros adecuadamente capacitados, personal de NGO y voluntarios, o asesores laicos, quienes por consiguiente integrarían nuevas habilidades a su "rol de trabajo clave terapéutico" para formar los vínculos cruciales con los otros econiveles¹¹. Esto plantea implicaciones para la asesoría, la capacitación y la sustentabilidad, por ejemplo, a través de la supervisión, que será el principal foco de atención de especialistas, además del empleo de sus escasos recursos para los casos agudos y graves. Las intervenciones enfocadas en el trauma precisan un grado variable de destrezas y capacitación, y este es un problema práctico importante para equilibrar la fidelidad al tratamiento con una repercusión a gran escala en los niños.

Los médicos y los voluntarios debieran tener objetivos claros en diferentes etapas de la exposición al trauma. Un modelo de niveles puede ser clínica y económicamente eficaz. La psicoeducación sobre el reconocimiento de los síntomas y su tratamiento (por ejemplo, las pesadillas) se pueden implantar relativamente temprano a través de escuelas o ámbitos sociales, de preferencia involucrando a los padres, quienes pueden precisar la participación adicional por ellos mismos. En los niños que necesitan una intervención más activa, se pueden implementar grupos de duración relativamente breve por los facilitadores no especialistas bajo supervisión clínica, dirigiéndose al reproce-

samiento del trauma, y estos debieran ser suficientes en una proporción considerable de los niños. Los niños que no responden o que presentan trastornos concomitantes que precisan tratamiento farmacológico o terapias más prolongados, como la depresión, debieran ser el foco de los recursos especializados disponibles.

Cuando los niños son reubicados en países con bajos o medianos ingresos con recursos especializados limitados, se pueden adoptar enfoques similares a los descritos con anterioridad, sobre todo si están ubicados en una zona relativamente concentrada. En países con altos ingresos, se debieran aplicar los modelos de servicio para una gama de niños vulnerables con necesidades complejas, es decir, el acceso directo, el trabajo social y los vínculos con organizaciones caritativas para refugiados y capacitación en empleo¹². El equilibrio de las intervenciones gradualmente se ha modificado desde un enfoque predominante en el trauma previo al duelo a más énfasis en factores de reubicación, como el adquirir un nuevo lenguaje y comunicación, el ajuste sociocultural y la identidad, las relaciones con compañeros (lo que puede dar lugar al acoso y a la victimización adicional) y la inclusión escolar.

Las escuelas todavía proporcionan una vía de entrada eficaz en los servicios de salud mental. La coordinación de caso multifacético puede proporcionarse además de las intervenciones terapéuticas descritas, y esto puede comprender la participación de los padres o el enlace a servicios de salud mental para adultos. Los menores sin compañía precisan políticas y sistemas equivalentes a los que se aplican en niños que reciben atención pública, por ejemplo, personal residencial adecuado en forma adecuada y cuidadores adoptivos. El confiar en intérpretes para diversos lenguajes hace que su capacitación y relación constante con los servicios sean esenciales.

Después del reconocimiento y de la remisión al servicio apropiado, se debe hacer una serie de consideraciones prácticas. Los niños refugiados posiblemente tienen constructos diferentes de la enfermedad mental, atribuciones que la asocian a sus solicitudes de asilo, y temores de estigma y deportación. Por consiguiente, lograr su cooperación y aliviar tales conceptos erróneos es un paso importante hacia un desenlace satisfac-

torio. Su mentalidad psicológica variará, ya que muchos niños refugiados experimentan primero síntomas predominantemente somatizantes, y pueden necesitar varias tentativas antes de aceptar un tratamiento enfocado en el trauma. Involucrar a sus cuidadores e inicialmente establecer metas, por ejemplo, en el control del riesgo y a la vez desarrollar una relación de confianza, puede conducir a una fase terapéutica, si bien también se adaptan más en su país de recepción.

En conclusión, los niños y adolescentes refugiados plantean un problema de salud pública importante en todo el mundo. Sus necesidades complejas exigen una colaboración más estrecha entre los servicios de salud mental y no estatutarios para maximizar sus habilidades y recursos respectivos. Un servicio multimodal exhaustivo ha de incluir vías de atención claras, coordinación de casos, intervenciones enfocadas en trauma y basadas en evidencia, asesoría y capacitación.

Panos Vostanis

School of Psychology, University of Leicester, Leicester, UK.

1. Ziaian T, De Anstiss H, Antoniou G et al. *Child Adolesc Ment Health* 2012;17:146-52.
2. Reed R, Fazel M, Jones L et al. *Lancet* 2012;379:250-65.
3. Michelson D, Sclare I. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2009;14: 273-96.
4. Tol W, Song S, Jordans M. *J Child Psychol Psychiatry* 2013;54: 445-60.
5. Vostanis P. *Br J Psychiatry* 2014;204:1-2.
6. Peltonen K, Punamaki RL. *Aggress Behav* 2010;36:95-116.
7. Greenhalgh T, Robert G, MacFarlane F et al. *Millbank Q* 2004;82: 581-629.
8. Tol W, Komproe I, Susanty D et al. *JAMA* 2008;300:655-62.
9. Jordans M, Tol W, Komproe I et al. *Child Adolesc Ment Health* 2009;14:2-14.
10. Patel V, Rahman A. *Child Adolesc Ment Health* 2015;20:3-4.
11. Murray L, Familiar I, Skavenski S et al. *Child Abuse Neglect* 2013;37: 1175-85.
12. Vostanis P. *Helping children and young people who experience trauma: children of despair, children of hope*. London: Radcliffe, 2014.

DOI:10.1002/wps.20280

Por qué algunos individuos son más resistentes a la adversidad que otros: rol del apoyo social

El trauma es un componente indisoluble de la condición humana. La mayoría de los individuos están expuestos a uno o más traumas durante el curso de su vida, pero existe una gran variabilidad psicológica y neurobiológica en la forma en que las personas responden a estos sucesos. Si bien la mayoría de los individuos en gran parte son psicológicamente resistentes, o tienen resistencia a las consecuencias negativas del trauma, una minoría importante presenta síntomas psicológicos crónicos y debilitantes que notablemente interfieren en su capacidad para funcionar; otros al principio pueden presentar síntomas y restablecerse, o presentar síntomas tardíos con el tiempo.

¿Qué es lo que explica estas diferencias? La respuesta es compleja y solo se ha dilucidado de manera parcial. La resis-

tencia a la adversidad en general se define como la capacidad de un individuo para doblarse pero no romperse, para responder, y “adaptarse bien ante la adversidad, el trauma, la tragedia, las amenazas o incluso las fuentes importantes de estrés”¹. Sin embargo, esta definición se enfoca principalmente en el individuo. Al hacerlo no reconoce explícitamente que los individuos están incrustados en sistemas sociales y que estos sistemas pueden ser más o menos resistentes por sí solos, y también más o menos capaces de brindar apoyo a las capacidades psicológicas y de adaptación del individuo. En consecuencia, las respuestas al trauma y a los factores estresantes importantes están determinadas por múltiples sistemas dinámicos e interactivos a nivel individual (por ejemplo, genéticos, epigenéticos, del desarrollo, neurobiológicos) que están integrados en sistemas

sociales más amplios (por ejemplo, la familia, los sistemas cultural, económico y político).

Al igual que la resistencia a la adversidad, el apoyo social es un constructo complejo con muchas definiciones. Una es la de Cohen, quien la define como “una provisión de la red social de recursos psicológicos y materiales cuyo propósito es beneficiar a la capacidad de un individuo para hacer frente al estrés”²; otra es la de Eisenberger, quien la define como “tener o percibir que se tiene a personas cercanas que pueden brindar ayuda o cuidados, sobre todo durante periodos de estrés”³. Existen muchas facetas del apoyo social que, si bien se imbrican en cierta medida, reflejan aspectos únicos de este concepto. Estas facetas son: apoyo estructural social (es decir, el tamaño y el alcance de la red social del individuo, la frecuencia de interacciones sociales); el apoyo social funcional (es decir, la percepción de que las interacciones sociales han sido útiles en términos de cumplir las necesidades emocionales o instrumentales); el apoyo social emocional (es decir, la conducta que refuerza los sentimientos de comodidad que conducen a la persona a creer que es amada, respetada o cuidada por otros); el apoyo social instrumental material (es decir, los bienes y servicios que ayudan a resolver problemas prácticos); y el apoyo social informativo/cognitivo (es decir, la provisión de consejos o guía que pretende ayudar al individuo a hacer frente a las dificultades actuales). Estas facetas del apoyo social puede facilitarse y mantenerse mediante diferentes sistemas, entre ellos, los sistemas de la familia, la comunidad y el estado, nacionales e internacionales. Notablemente, si bien el apoyo social es una correlación clave de la resistencia psicológica, en general no es útil, ya que su eficacia puede variar según el tipo de apoyo proporcionado y el grado en el cual satisface las necesidades del individuo, las cuales cambian con el tiempo. Por ejemplo, entre los veteranos de combate de Irak/Afganistán, las percepciones de la concepción de los problemas relacionados con el despliegue por parte de miembros de la familia (es decir, el apoyo funcional) se relacionó más intensamente con la salud mental y la resistencia a la adversidad que el apoyo estructural e instrumental⁴.

Una gran cantidad de investigaciones ha revelado que la resistencia psicológica en general es fomentada por las condiciones ambientales y de prestación de cuidados durante la infancia que son amables, emocionalmente reactivas, congruentes y fiables⁵. Esta investigación indica que cuando el medio ambiente también otorga amplias oportunidades para dominar las dificultades y las tensiones, puede tener un efecto “inoculante” o “fortalecedor”, lo cual puede ayudar a promover la resistencia a la adversidad. Estas condiciones sociales y ambientales también pueden brindar apoyo al desarrollo de atributos y habilidades individuales que se suelen relacionar con la resistencia a la adversidad, tales como la capacidad para regular las emociones, autocalmarse, resolver los problemas bajo estrés, formar apegos de seguridad, mantener amistades y relaciones íntimas y adquirir un sentido realista y positivo de mediación/autoeficacia⁵. Sin embargo, cuando el entorno de los cuidados es muy estresante y caótico, tanto los animales como los seres humanos tienen más riesgo de presentar respuestas exageradas del sistema nervioso simpático, del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal (HPA) y emocionales y conductuales a factores estresantes futuros, las cuales pueden persistir en la edad adulta⁶.

Muchas características de la personalidad son heredadas y algunas de estas, como la extraversión y el optimismo en la disposición, se asocian a la capacidad de una persona para buscar

y utilizar apoyos sociales. Sin embargo, el entorno de prestación de cuidados sociales puede influir en el grado y en la posibilidad de que estas características heredadas realmente se expresen. Por ejemplo, los portadores del alelo corto del polimorfismo del promotor de transportador de serotonina, resultaron más susceptibles a la influencia de la parentalidad que los portadores de alelos largos⁷. También se demostró que el apoyo social positivo modera el riesgo genético para la depresión en niños sujetos a malos tratos⁸. Así mismo, hay evidencia emergente de que el medio ambiente social puede moderar la vulnerabilidad genética al estrés al desencadenar la modificación epigenética de genes implicados en el sistema de respuesta al estrés⁹.

El apoyo social al parecer se relaciona con la resistencia a los trastornos mentales a través de una serie de mecanismos psicológicos y conductuales, tales como la motivación para adoptar conductas saludables y reducir las riesgosas; sentimientos de ser comprendido; apreciación de los sucesos potencialmente estresantes como menos amenazantes; un mayor sentido de control o dominio; un incremento de la autoestima; utilización de estrategias de adaptación activas; y repercusión de la influencia social y la comparación social. Por ejemplo, en un estudio de individuos con enfermedades cardíacas, el apoyo social funcional y emocional considerable (es decir, percibir la comprensión y la confianza en miembros de familia, empleadores y la red social más amplia) se relacionó con un incremento de la resolución activa de problemas, un mecanismo de adaptación que se ha relacionado con la resistencia a la adversidad en varias poblaciones traumatizadas¹⁰.

Una serie de investigaciones emergentes ha demostrado que las amenazas a la conectividad social, como el rechazo y la soledad, activan muchos de los sistemas neurobiológicos relacionados con las amenazas físicas y el temor, tales como la amígdala, la corteza cingulada anterior dorsal, la corteza prefrontal medial dorsal, el sistema nervioso simpático, y el eje HPA³. En contraste, se ha demostrado que el apoyo social positivo inhibe la activación de sistemas neurobiológicos relacionados con el temor al activar el sistema nervioso parasimpático y las regiones del cerebro, como la corteza prefrontal ventromedial, la corteza cingulada anterior ventral, la corteza prefrontal dorsolateral derecha y el núcleo caudado, que intervienen en el procesamiento de las señales de seguridad³. El apoyo social positivo también se ha demostrado que estimula la liberación de oxitocina¹¹, lo cual es decisivo para la cognición social y las conductas sociales, entre ellas, la identificación facial exacta del afecto, el acercamiento social, la afiliación, las percepciones de confianza y la conducta sexual¹¹. Se ha demostrado que la oxitocina tiene efectos ansiolíticos y que atenúa las respuestas fisiológicas, hormonales y a nivel cerebral a las señales aversivas y potencialmente inductoras de estrés¹¹. En general, el apoyo social positivo, a través de diversos mecanismos neurobiológicos, pueden tener un efecto amortiguador sobre las respuestas fisiológicas al estrés con el efecto saludable resultante sobre la salud mental (por ejemplo, depresión y trastorno por estrés posttraumático, PTSD) y física (por ejemplo, trastornos cardiovasculares, función inmunitaria)³.

Por otra parte, la investigación preclínica y clínica revela que el apoyo social débil y el aislamiento se relacionan con indicadores de afectación de la salud física y mental. La magnitud de la repercusión del apoyo social deficiente en la mortalidad por todas las causas es similar a la de la obesidad, el taba-

quismo de cigarrillos y la inactividad física. El apoyo social también influye en las tasas de trastornos mentales. Por ejemplo, hallazgos metanalíticos han informado que el escaso apoyo social después del trauma es un factor de riesgo constante para el PTSD¹².

Las intervenciones psicológicas para incrementar la resistencia del individuo a la adversidad suelen dirigirse específicamente al desarrollo de habilidades personales (por ejemplo, capacitación en aptitud física, reorientación cognitiva, atención plena, destrezas sociales). Sin embargo, también se dirigen específicamente a la familia y a los sistemas sociales de la comunidad¹³. Por ejemplo, se dispone de evidencia considerable que indica que una de las formas más eficaces de aumentar la resistencia a la adversidad en un niño es enfocarse en el bienestar y en las habilidades de crianza de sus padres⁶. Una serie de estudios y programas ha demostrado que enseñar a los padres con riesgo a comprender sus propias necesidades así como las necesidades emocionales y mentales de su lactante o niño pueden intensificar la seguridad en el apego, y reducir diversos desenlaces de inadaptación subsiguientes, tales como los malos tratos de menores y la conducta delictiva.

El apoyo social de la comunidad de una persona también puede ayudar a fomentar la resistencia a la adversidad en el individuo. Los miembros de la comunidad son afectados considerablemente por las estrategias de adaptación de otros miembros de la sociedad, lo mismo que por la capacidad de la sociedad para prepararse y hacer frente a los sucesos y condiciones adversas. Esto resulta evidente durante los desastres, cuando los individuos que están vinculados a organizaciones y comunidades preexistentes que están bien preparadas para lidiar con la adversidad tienden a desempeñarse mejor que los que no están conectados con la comunidad o apoyados por la misma¹³. La sociedad también puede aumentar la resistencia a la adversidad en el individuo a través de políticas y programas que promueven barrios seguros, alojamiento asequible, estabilidad del alimento y el empleo, acceso a la atención a la salud, escuelas eficaces, preparación para las urgencias y los desastres y espacios públicos amplios para la relajación y el ejercicio.

Al igual que otros animales, los seres humanos están dotados de un gran potencial para aclimatarse y adaptarse al trauma y a los factores estresantes importantes. Sin embargo, para que

los sistemas protectores naturales se desarrollen y operen con eficacia en el individuo, se necesitan recursos sociales y materiales amplios. Dado que la resistencia a la adversidad depende de múltiples sistemas a nivel del individuo, los cuales están embebidos en los sistemas sociales más amplios, los avances futuros en la comprensión de la resistencia a la adversidad y como fomentarla mejor precisarán de un enfoque interdisciplinario de base amplia.

Steven M. Southwick^{1,3}, Lauren Sippel^{1,2}, John Krystal^{1,2}, Dennis Charney³, Linda Mayes², Robert H. Pietrzak^{1,3}

¹National Center for Posttraumatic Stress Disorder, Clinical Neurosciences Division, VA Connecticut Healthcare System, West Haven, CT, USA; ²Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA; ³Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY, USA.

1. American Psychological Association. The road to resilience: what is resilience? www.apa.org.
2. Cohen S. *Am Psychol* 2004;59:676-84.
3. Eisenberger NI. *Psychosom Med* 2013;75:545-56.
4. Pietrzak RH, Southwick SM. *J Affect Disord* 2011;133:560-8.
5. National Scientific Council on the Developing Child. Early experiences can alter gene expression and affect long-term development. Working paper no. 10, 2010. www.developingchild.harvard.edu.
6. Anacker C, O'Donnell KJ, Meaney MJ. *Dialogues Clin Neurosci* 2014;16:321-33.
7. Hankin BL, Nemeroff E, Oppenheimer CW et al. *Transl Psychiatry* 2011;1:e44.
8. Kaufman J, Yang BZ, Douglas-Palumberi H et al. *Proc Natl Acad Sci USA* 2004;101:17316-21.
9. Nestler EJ. *Nature* 2012;90:171-2.
10. Holahan CJ, Moos RH, Holahan CK et al. *Health Psychol* 1995;14:152-63.
11. Heinrichs M, von Dawans B, Domes G. *Front Neuroendocrinol* 2009;30:548-57.
12. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL et al. *Psychol Bull* 2003;129:52-73.
13. Norris FH, Stevens SP, Pfefferbaum B et al. *Am J Commun Psychol* 2008;41:127-50.

DOI:10.1002/wps.20282

Hacia un consenso internacional de expertos para definir la respuesta al tratamiento, la remisión, el restablecimiento y las recaídas en el trastorno obsesivo-compulsivo

Existen notables incongruencias en la forma en que se define la respuesta al tratamiento, la remisión, el restablecimiento y las recaídas en los estudios clínicos sobre el trastorno obsesivo-compulsivo (OCD). Esto altera la posibilidad de comparar los resultados y la comunicación en el campo. Los métodos empíricos (por ejemplo, análisis de detección de señal) se han utilizado para calcular el grado óptimo de mejoría de los síntomas al clasificar a un individuo como un "respondedor" o "remisor", tanto en adultos¹⁻⁴ como en niños⁵ con OCD. Lamentablemente, esto ha dado por resultado diferentes recomendaciones.

El concepto de "restablecimiento" fue utilizado en otros trastornos mentales como depresión⁶, raras veces se emplea en la literatura sobre el OCD. Se ha definido la "recaída" en algunos estudios de OCD como un restablecimiento de los grados de síntomas a una etapa previa al tratamiento y en otros como un agravamiento de los síntomas hasta un determinado grado⁷. Estas definiciones incongruentes dificultan las comparaciones entre los estudios y las modalidades del tratamiento y han dado por resultado estimaciones diferentes de la eficacia del tratamiento y el riesgo de recaídas⁸. El Índice de Cambio Fiable⁹, una métrica de escala normalizada que se suele utilizar para aliviar este problema, también tiene limitaciones, entre ellas, la imposibilidad para utilizar muestras normativas relevantes en los estudios, lo cual conduce a diferentes puntuaciones umbral de la gravedad¹⁰.

Dado que estos conceptos son artificiales más que entidades naturales, el concepto de experto puede ser un enfoque más adecuado para su definición. Sin embargo, las propuestas previas⁷ no han tenido una amplia aceptación. Un consenso interdisciplinario internacional más amplio puede crear la inversión en la normalización y motivar la adopción en todo el campo de las definiciones resultantes. Aquí describimos los resultados de una encuesta de Delphi de múltiples rondas y a través de internet¹¹, cuyo propósito fue facilitar un consenso global de expertos en torno a las definiciones conceptuales y operacionales de la respuesta al tratamiento, la remisión, el restablecimiento y la recaída para utilizar en estudios clínicos del OCD.

Se invitó a primeros, segundos, últimos y autores para correspondencia de artículos sobre OCD especializados internacionales publicados entre 2007 y 2013 para participar. Los participantes fueron principalmente psicólogos y psiquiatras con experiencia en OCD pediátrico o del adulto. En una primera ronda, se presentó a participantes definiciones conceptuales de la respuesta al tratamiento, la remisión, el restablecimiento y la recaída adaptadas de la literatura sobre la depresión⁶ y diferentes formas de aplicarlas, y se les preguntó con cuáles estaban de acuerdo.

El análisis de las respuestas obtenidas en la Ronda 1 (N = 468) demostró que había un amplio consenso en torno a las definiciones conceptuales (>88% para todas), pero en desacuerdo con respecto a su puesta en práctica. En la Ronda 2 (N = 326) recibieron los resultados de la Ronda 1 y se les hicieron nuevas preguntas para facilitar el consenso sobre las definiciones operacionales. El análisis de la respuesta demostró un consenso continuado para todas las definiciones conceptuales

(>95%) y consenso aceptable (>82%) para todas las definiciones operacionales, con una excepción que se señala más adelante. Las definiciones de consenso son las siguientes:

- **Respuesta al tratamiento.** Conceptual: Una reducción clínicamente significativa de los síntomas (tiempo, ansiedad e interferencia asociadas a obsesiones, compulsiones y evitación) relacionada con la gravedad inicial en un individuo que cumple los criterios diagnósticos para el OCD. Operacional: Una reducción de $\geq 35\%$ en las puntuaciones en la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown (C)Y-BOCS (niños) más la calificación de la Impresión Clínica Global - Mejoría (CGI-I) ("muy mejorado") o 2 ("mejorado") que duró por lo menos una semana.
- **Respuesta parcial.** Conceptual: Definida como la respuesta al tratamiento anterior. Operacional: Una disminución de $\geq 25\%$ pero $< 35\%$ en las puntuaciones en (C)Y-BOCS más en la calificación de CGI-I de por lo menos 3 ("mínimamente mejorada") que dura un mínimo de una semana.
- **Remisión.** Conceptual: El paciente ya no cumple los criterios sindrómicos del trastorno y no tiene más que síntomas mínimos. Las obsesiones residuales, las compulsiones y la evitación pueden presentarse, pero no son prolongadas y no interfieren en la vida cotidiana de la persona. Operacional: Si es factible una entrevista diagnóstica estructurada, la persona ya no cumple los criterios diagnósticos para OCD durante al menos una semana. Si no es factible una entrevista diagnóstica estructurada, una puntuación de ≤ 12 en (C)Y-BOCS más Impresión Clínica Global - Gravedad (CGI-S) de 1 ("normal o nada enfermo") o 2 ("enfermo mental limítrofe"), que dura un mínimo de una semana.
- **Restablecimiento.** Conceptual: El paciente ya no cumple los criterios sindrómicos para este trastorno y no ha tenido más que síntomas mínimos. Las obsesiones residuales, las compulsiones y la evitación pueden presentarse y fluctuar un poco en su gravedad en el curso del tiempo pero en general, no son prolongadas y no interfieren en la vida cotidiana de la persona y, por tanto, no precisan tratamiento adicional. El profesional clínico puede comenzar por tomar en cuenta la suspensión del tratamiento o, si continúa el tratamiento, el objetivo es evitar las recaídas. Operacional: Como en la remisión antes descrita, pero dura un mínimo de un año.
- **Recaída.** Conceptual: Después que se ha alcanzado la respuesta o la remisión o el restablecimiento, el paciente experimenta una reanudación de los síntomas. En los pacientes que estaban en remisión o restablecidos, las obsesiones, las compulsiones y la evitación son de nuevo suficientemente prolongadas, angustiantes y perturbadoras de manera que el individuo cumple los criterios diagnósticos de OCD. Operacional: (para los que responden pero que no necesariamente experimentan remisión o restablecimiento): La persona ya no cumple la definición de reducción de $\geq 35\%$ en las puntuaciones de (C)Y-BOCS (en relación con el tratamiento previo) más evaluación de 6 en el CGI-I ("mucho peor") o más alta durante un mínimo de un mes. Operacional (para los que

remiten o se restablecen): Se cumplen los criterios para el OCD de nuevo, de acuerdo con una entrevista estructurada (si es factible). Como alternativa, la persona ya no cumple la definición de remisión/restablecimiento (es decir, la persona de nuevo tiene una puntuación de 13 o más en (C)Y-BOCS más la calificación del CGI-I de 6 ("mucho peor") o más alta durante un mínimo de un mes, o necesita retirarse prematuramente del estudio antes que haya transcurrido un mes a consecuencia de un agravamiento de los síntomas de OCD. La interrupción del estudio debido a otros motivos que el agravamiento en los síntomas de OCD (por ejemplo, riesgo de suicidio) no se considera como una recaída.

Vale la pena añadir dos comentarios. En primer lugar, en la Ronda 1, para considerar que un paciente responde o remite con el tratamiento, muchos expertos (56% y 58%) consideraron que la mejoría persistente debe ocurrir durante un mínimo de un mes. Sin embargo, esta duración propuesta contrasta con la (C)Y-BOCS, en la cual se pregunta sobre los síntomas durante la "semana previa". Además, se ha definido la respuesta en casi todos los estudios de OCD previos al final del tratamiento. En la Ronda 2, pese a explicar esto, sólo 64% y 46% de los expertos estuvieron de acuerdo con la propuesta de "al menos una semana" para la duración de la respuesta y la remisión, respectivamente. Para dar cabida a este desacuerdo en el tema, la duración de la respuesta y la remisión antes señalada permite "un mínimo de una semana" y recomendamos evaluaciones de seguimiento adicionales cuando sea posible para valorar si se ha mantenido el estado de respuesta/remisión durante periodos más prolongados.

En segundo lugar, para juzgar que un paciente experimentó recaídas, muchos expertos (Ronda 1: 48%; Ronda 2: 87%) consideraba que el agravamiento de los síntomas debía estar presente durante al menos un mes para proteger contra las exacerbaciones transitorias en los síntomas. Sin embargo, algunos pacientes se deterioran en forma aguda y precisan intervención clínica inmediata¹². Por este motivo, la definición de recaída antes señalada indica que los pacientes que necesitan retirarse de los protocolos de tratamiento antes de un mes, debido a agravamiento de los síntomas de OCD también deben tomarse en cuenta dentro de los que han recaído.

En resumen, se llegó al acuerdo de cómo definir la respuesta, la remisión, el restablecimiento y la recaída para una gama internacional de profesionales con experiencia en OCD. Recomendamos

que los investigadores informen sus resultados utilizando estas definiciones cuando sea posible. Como lo señaló Frank et al,⁶ el hacerlo conducirá a: a) mejoras en diseño, interpretación y comparación de estudios clínicos de diversas modalidades; b) mejoras en la comunicación de hallazgos de investigación entre profesionales y el público en general; c) mejoras en las directrices para la evaluación de la eficacia clínica de diversos tratamientos por los organismos reguladores; y d) desarrollo de directrices de tratamiento mejoradas para el ejercicio clínico.

David Mataix-Cols¹, Lorena Fernández de la Cruz¹, Ashley E. Nordstrem¹, Fabian Lenhard¹, Kayoko Isomura¹, Helen Blair Simpson^{2,3}

¹Centre for Psychiatric Research and Education Department of Clinical Neuroscience, Karolinka Institut, Stockholm, Sweden. ²Columbia University Medical Center, Columbia University, New York, NY, USA; ³New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA.

Los autores agradecen a todos los colegas participantes por su respuesta entusiasta a la encuesta y sus perspectivas útiles. Los interesados pueden obtener un informe completo de la encuesta solicitándolo a D. Mataix-Cols.

1. Farris SG, McLean CP, Van Meter PE et al. *J Clin Psychiatry* 2013;74:685-90.
2. Lewin AB, De Nadai AS, Park J et al. *Psychiatry Res* 2011;185:394-401.
3. Simpson HB, Huppert JD, Petkova E et al. *J Clin Psychiatry* 2006;67:269-76.
4. Tolin DF, Abramowitz JS, Diefenbach GJ. *J Clin Psychiatry* 2005;66:1549-57.
5. Storch EA, Lewin AB, De Nadai AS et al. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49:708-17.
6. Frank E, Prien RF, Jarrett RB et al. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:851-5.
7. Pallanti S, Hollander E, Bienstock C et al. *Int J Neuropsychopharmacol* 2002;5:181-91.
8. Simpson HB, Franklin ME, Cheng J et al. *Depress Anxiety* 2005;21:1-8.
9. Jacobson NS, Truax P. *Psychology* 1991;59:12-9.
10. Tingey R, Lambert M, Burlingame G et al. *Psychother Res* 1996;6:144-53.
11. Hasson F, Keeney S, McKenna H. *J Adv Nurs* 2000;32:1008-15.
12. Koran LM, Hackett E, Rubin A et al. *Am J Psychiatry* 2002;159:88-95.

DOI:10.1002/wps.20299

Sostenimiento de los servicios de ubicación y apoyo al individuo (IPS): la Comunidad de Aprendizaje de IPS

A nivel mundial son bien conocidas las deficiencias en los servicios de salud mental de la población. Pese al desarrollo de muchos procedimientos basados en evidencia, pocos usuarios con enfermedades mentales graves realmente reciben servicios eficaces orientados al restablecimiento¹. Los procedimientos basados en evidencia se suelen implementar de manera deficiente y raras veces van más allá del entusiasmo inicial y el financiamiento con subvenciones. Analizamos las tasas de sostenimiento a dos años de una red de programas que implementan la Ubicación y Apoyo al Individuo (IPS), un procedimiento basado en evidencia que ayuda a las personas a lograr un empleo competitivo². El IPS se está difundiendo en Estados Unidos y a nivel internacional³, incluyendo Europa, Australia,

Asia y Norteamérica. No obstante, ha sido incierta la continuidad de estos servicios a largo plazo.

Dados los múltiples factores que influyen en la subsistencia a largo plazo de un programa, se ha desarrollado una comunidad internacional integral para el aprendizaje, a fin de garantizar la sustentabilidad del IPS. Comenzando en Estados Unidos en 2001, el Centro de Investigación Psiquiátrica de Dartmouth y la Oficina de Contribuciones Corporativas Johnson & Johnson, se asociaron para desarrollar un programa multifacético a fin de fortalecer las infraestructuras estatales y locales que promuevan el acceso al IPS a través de la difusión amplia, la implementación de gran calidad y el sostenimiento a largo plazo. Después de iniciar como una pequeña demostración en tres

estados, el programa ha evolucionado internacionalmente hasta constituir una red de 19 estados y tres países europeos que se conoce como la Comunidad de Aprendizaje del IPS⁴.

Históricamente, se ha utilizado el término colaboración para el aprendizaje con el propósito de definir una red de organizaciones con una meta compartida de mejorar el tratamiento de un trastorno médico específico, facilitado por la comunicación constante y la recolección y difusión de información objetiva en torno a procedimientos y resultados, específicamente en el curso de algunos meses⁵. El grupo de IPS adoptó el término comunidad de aprendizaje para dar a entender su compromiso a largo plazo para reunir los requisitos y la intención de expandirse a otros estados y países. El término distingue nuestro enfoque de las colaboraciones de aprendizaje para mejora de la calidad de tiempo limitado, como las patrocinadas por el Institute for Healthcare Improvement⁶.

La Comunidad para el Aprendizaje del IPS ha abarcado un enfoque descentralizado de dos niveles. En Estados Unidos, los capacitadores e investigadores de Dartmouth reunieron a líderes estatales y los ayudaron a construir una infraestructura viable para incrementar y sostener los servicios de IPS en sus estados⁴. Para los asociados internacionales, los administradores regionales son los homólogos de estos líderes estatales. En cada estado, el equipo líder establece enlaces con los dos mediadores estatales clave que intervienen en los servicios de empleo (es decir, la salud mental y la rehabilitación vocacional) y uno o más capacitadores por estado. Los líderes estatales crean comunidades de aprendizaje paralelas que consisten en los programas de IPS dentro de sus estados.

Como parte de su participación en la comunidad de aprendizaje, los líderes estatales recolectan y remiten datos de resultados de empleo para los programas de IPS dentro de sus estados. Dartmouth analiza y distribuye los datos de nuevo en los estados⁷. Los capacitadores estatales llevan a cabo análisis de fidelidad periódicos de programas de IPS nuevos establecidos, utilizando una escala de fidelidad validada⁸. Los análisis de fidelidad evalúan la calidad de la implementación del programa. Los programas de IPS se consideran participantes activos una vez que comienzan a someter los informes de resultados, por lo general alrededor de nueve meses después del inicio.

En conjunto, 157 programas se integraron a la Comunidad de Aprendizaje de IPS en Estados Unidos desde su inicio hasta 2012. Sin embargo, no hemos hecho seguimiento sistemático de por cuánto tiempo los programas continuaron proporcionando servicios de IPS después de unirse a la comunidad de aprendizaje, o la rapidez de suspensión de los programas. En consecuencia, llevamos a cabo un estudio prospectivo para determinar la tasa de sostenimiento a dos años de los centros de participación en Estados Unidos. Definimos, desde el punto de vista operativo, el sostenimiento de la manera siguiente: un programa se sostiene si continúa empleando personal, mantiene una dotación de casos de usuarios activos y proporciona servicios directos.

Identificamos todos los programas que participaron en la comunidad de aprendizaje de Estados Unidos hasta enero de 2012. La muestra, que constó de 129 centros en 13 estados, había participado en la comunidad de aprendizaje en promedio durante 4,5 años (DE = 2,7; mediana = 3,9). Dos años más tarde, establecimos contacto con estos centros para determinar cuáles todavía estaban proporcionando servicios de IPS. Un total de 124 centros (96%) se sostuvieron durante un periodo de dos años. Esta tasa de sostenimiento es más alta que la tasa del 80% durante un periodo de dos años después de terminar la fase de implementación formal en un estudio nacional de 49

centros que implementaron un nuevo procedimiento basado en evidencias⁹, y también supera la tasa del 76% a dos años en una evaluación de 33 proyectos de demostración¹⁰.

Las estadísticas sobre la sustentabilidad de los procedimientos basados en evidencia raras veces se publican. Sin embargo, muchos estudios aclaran que el entusiasmo por un modelo de programa innovador a menudo va disminuyendo con el tiempo¹¹. Las iniciativas de financiamiento dirigidas a modelos de programas específicos a menudo detonan el crecimiento, seguido de una disolución rápida cuando termina el financiamiento de patrocinio estatal. Por ejemplo, durante un periodo de menos de una década, un estado experimentó un ciclo de crecimiento rápido seguido de un colapso de los servicios para un procedimiento basado en evidencia cuando el financiamiento dirigido para este programa se redujo en forma brusca¹². A nuestro entender, nadie ha analizado la literatura empírica sobre el sostenimiento para establecer puntos de referencia para las tasas que hay que elegir como objetivo para los programas de sostenimiento en el curso del tiempo.

Apoyando el caso de la sustentabilidad en la comunidad de aprendizaje del IPS, los 124 centros con sostenimiento habían existido durante un promedio de 4,5 años al inicio del estudio. En otras palabras, tomando en cuenta la fecha inicial arbitraria para las entrevistas de 2012, la duración total para el sostenimiento de los servicios de IPS fue sustancialmente más prolongada, en promedio 6,5 años. El número de centros todavía activo en 2014 representa un 79% de todo el grupo de 157 programas integrados a la comunidad de 13 años de existencia, lo que documenta adicionalmente el rol que desempeña la comunidad de aprendizaje para ayudar a sostener una actividad.

En toda Europa, Australia y Estados Unidos, los líderes de los programas están desarrollando comunidades de aprendizaje a niveles regionales y nacionales para los programas de IPS. Otro ejemplo ambicioso, en una etapa temprana del desarrollo, es una red internacional de defensores de los servicios de IPS en programas de intervención temprana para la psicosis de primer episodio¹³. En Estados Unidos, un estado recientemente lanzó una iniciativa de IPS en todo el estado modelada con base en la comunidad de aprendizaje del IPS. Esta iniciativa comprende un centro de asistencia técnica que proporciona capacitación y vigila la fidelidad y los resultados del empleo. Sus resultados del empleo inicial han sido similares a los de la comunidad de aprendizaje nacional¹⁴. También estableció un mecanismo de financiamiento específico del IPS, el cual ha contribuido al crecimiento rápido de los servicios de IPS. Hacia finales de 2014, 59 (69%) de los 86 programas elegibles se han integrado a la iniciativa.

La sustentabilidad de los procedimientos basados en evidencia parece mejorar a través del mecanismo de una comunidad de aprendizaje. Originándose en la Comunidad de Aprendizaje del IPS, ahora se está difundiendo a nivel internacional, con informes preliminares de que los conceptos se transfieren fácilmente a otras culturas y sistemas de servicios. El enfoque de comunidad de aprendizaje relativamente no se ha evaluado con otros procedimientos basados en evidencia, pero los conceptos básicos son promisorios. Se necesitan en el campo estudios controlados de comunidades y aprendizaje a largo plazo, en comparación con los métodos habituales. Se necesitan reproducciones antes de llegar a conclusiones firmes.

Gary R. Bond, Robert E. Drake, Deborah R. Becker, Valerie A. Noel
Dartmouth Psychiatric Research Center, Geisel Medical School at Dartmouth, Lebanon, NH, USA.

El estudio fue respaldado por la subvención H133G110161 del U.S. National Institute of Disability, Independent Living, and Rehabilitation Research.

1. Slade M, Amering M, Farkas Met al. *World Psychiatry* 2014;13:12-20.
2. Druss BG. *Am J Psychiatry* 2014;171:1142-4.
3. Bond GR, Drake RE, Becker DR. *World Psychiatry* 2012;11:32-9.
4. Becker DR, Drake RE, Bond GR. *Psychiatr Rehabil J* 2014;37:79-85.
5. Nadeem E, Olin SS, Hill LC et al. *Psychiatr Serv* 2014;65:1088-99.
6. Kilo CM. *Quality Management in Healthcare* 1988;6:1-14.
7. Becker DR, Drake RE, Bond GR et al. *Psychiatr Serv* 2011;62:704-6.
8. Bond GR, Peterson AE, Becker DR et al. *Psychiatr Serv* 2012;63:758-63.

9. Swain K, Whitley R, McHugo GJ et al. *Commun Ment Health J* 2010;46:119-29.
10. Shaver D. Model demonstration projects: sustainability and scale up. Presented at the Global Implementation Conference, Dublin, May 2015.
11. Bond GR, Drake RE, McHugo GJ et al. *Adm Policy Ment Health* 2014;41:228-36.
12. Moser LL, DeLuca NL, Bond GR et al. *CNS Spectr* 2004;9:926-36.
13. Killackey EJ, Latimer E, Smith J et al (eds). *Meaningful lives: supporting young people with psychosis in education, training and employment*. London: International First Episode Vocational Recovery Group, 2008.
14. Margolies PJ, Broadway-Wilson K, Gregory R et al. *Psychiatr Serv* 2015;66:4-6.

DOI:10.1002/wps.20294

Ideación suicida y tentativas de suicidio en Grecia durante la crisis económica: una actualización

La crisis económica actual ha ejercido efectos adversos sobre la salud mental de la población en todo el mundo, a través de un incremento en las tasas de prevalencia de trastornos afectivos y suicidio¹. Grecia es uno de los países más gravemente afectados por la crisis y por consiguiente ha atraído la atención global por lo que respecta a las repercusiones de la recesión económica en la sociedad y la salud. En concreto, durante los años de la recesión, las tasas de desempleo se incrementaron desde un 7,8% en 2008 hasta un 9,6% en 2009, un 12,7% en 2010, un 17,9% en 2011, el 24,5% en 2012, un 27,5% en 2013 y un 26,5% en 2014². Al mismo tiempo, la proporción de la población con riesgo de pobreza o exclusión social aumentó desde un 28,1% en 2008 hasta el 35,7% en 2013 y un 36% en 2014³.

No obstante, la repercusión de la recesión en los suicidios ha sido un problema muy contencioso en el país. En tiempos recientes, un análisis de series de tiempo interrumpidas de 30 años sobre la influencia de los sucesos relacionados con la austeridad y la prosperidad en las tasas de suicidio durante el periodo 1983-2012 reveló un aumento en los suicidios totales de 35,7% después de la introducción de nuevas medidas de austeridad en junio de 2011⁴. Del mismo modo, otro estudio ecológico informó un incremento de los suicidios del 35% entre 2010 y 2012, y el desempleo mostró una correlación intensa con la mortalidad por suicidio, sobre todo en hombres de edad laboral⁵.

Una serie de encuestas a nivel nacional realizada por nuestro equipo de investigación ha llegado a conclusiones similares, confirmando un incremento significativo en la prevalencia de ideación suicida en un mes (desde el 5,2% en 2009 hasta el 6,7% en 2011), así como en las tentativas de suicidio (desde 1,1% en 2009 hasta 1,5% en 2011)⁶. En el mismo estudio, las personas que sufrían de depresión mayor, los individuos casados, las personas que experimentaban tensiones económicas, las que tenían bajos grados de confianza interpersonal y los individuos con un antecedente de tentativa de suicidio tuvieron más probabilidades de manifestar síntomas de tendencia al suicidio⁶.

En este marco, se implementó otro estudio transversal en 2013, a fin de vigilar la repercusión de la recesión en la tendencia suicida y de identificar subgrupos de población con riesgo. Una muestra aleatoria y representativa de 2188 personas participaron en el estudio. La información sobre la presentación de

depresión mayor, ideación suicida y tentativas de suicidio durante el último mes se evaluó con los módulos pertinentes de la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje del DSM-IV⁷. El grado de dificultades económicas de los participantes se midió mediante el Índice de Ansiedad Económica Personal⁸, en tanto que sus grados de confianza interpersonal se evaluaron mediante las preguntas de la Encuesta Europea Social⁹.

Los resultados comparativos de las encuestas demostraron que la prevalencia de la ideación suicida en un mes ha disminuido en 2013: 2,4% en 2008, 5,2% en 2009, 6,7% en 2011 y 2,6% en 2013 ($p < 0,05$). Se observaron hallazgos similares para la prevalencia de tentativa de suicidio en un mes: 0,6% en 2008, 1,1% en 2009, 1,5% en 2011 y 0,9% en 2013 ($p < 0,05$).

Por lo que respecta a los factores de riesgo y de protección contra la tendencia suicida, surgió un patrón diferente de resultados para la ideación suicida y la tentativa de suicidio. La presentación de depresión mayor (OR ajustada = 12,35; IC del 95%: 6,34-24,08, $p < 0,01$), una tentativa de suicidio previa (OR ajustadas = 5,54; IC del 95%: 2,19-14,00; $p < 0,01$), el desempleo (OR ajustadas = 2,55; IC del 05%: 1,04-4,34; $p < 0,05$) y dificultades económicas (OR ajustadas = 1,07; IC del 95%: 1,01-1,14; $p < 0,05$) incrementaron las probabilidades de manifestar pensamientos suicidas. En relación con la tentativa de suicidio, la presentación de depresión mayor siguió siendo el factor de riesgo más importante (OR ajustadas = 8,02; IC del 95%: 2,67-24,14; $p < 0,01$), seguida de tentativa de suicidio previa (OR ajustadas = 5,22; IC del 95%: 1,44-18,94; $p < 0,05$) y bajos grados de confianza interpersonal (OR ajustadas = 3,84; IC del 95%: 1,17-5,81; $p < 0,05$).

De los resultados antes señalados, resulta claro que la prevalencia de la ideación suicida y la tentativa de suicidio ha regresado a los niveles previos a la crisis en Grecia. Esto es congruente con la perspectiva de que los actos suicidas pueden reflejar una respuesta aguda a una crisis económica¹⁰, según se pone de manifiesto en el repunte de suicidios subsiguientes al inicio de la recesión en Corea del Sur en 1998 y su disminución subsiguiente¹¹.

Por lo que respecta a los factores de riesgo para la ideación suicida y la tentativa suicida, las diferencias ilustran el carácter multifacético de la tendencia al suicidio, que mejor se conceptúa como parte de una gama que va desde la ideación hasta el acto, y diferentes factores desempeñan un rol destacado en

cada paso de la gama. La presentación de depresión mayor y la tentativa de suicidio previa aumentan las probabilidades de manifestar síntomas de tendencia suicida en toda la gama, en congruencia con otros estudios que corroboran su intensidad de asociación¹², incluso en medio de la recesión.

Aunque las tasas de tendencia suicida han disminuido en Grecia, la depresión todavía está aumentando¹³ y el clima socioeconómico en el país sigue siendo inestable. Hay una necesidad indispensable de intervenciones de salud pública adaptadas, lo que comprende programas para el mercado laboral y el alivio de la deuda, así como la intensificación del capital social de la población¹⁴. Desde un punto de vista clínico, la detección oportuna de los antecedentes de suicidio y síntomas suicidas, el tratamiento eficaz de la depresión mayor y la capitalización de las redes sociales de un paciente debieran convertirse en una prioridad.

Marina Economou^{1,2}, Elias Angelopoulos^{1,2}, Lily E. Peppou¹, Kyriakos Souliotis^{3,4}, Costas Stefanis¹

¹University Mental Health Research Institute, Athens, Greece. ²First Department of Psychiatry, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Eginition Hospital, Athens, Greece. ³Faculty of Social and Political Sciences, University of Peloponnese, Corinth, Greece; ⁴Centre for Health Services Research, Department of Hygiene, Epidemiology and Medical Statistics, Medical School, National & Kapodistrian University, Athens, Greece.

1. World Health Organization. Impact of economic crises on mental health. Geneva: World Health Organization, 2011.
2. Eurostat. Unemployment statistics, 2015. ec.europa.eu/eurostat/.
3. Hellenic Statistical Authority. Press Release: Risk of poverty on income and living conditions of households. Piraeus: Hellenic Statistical Authority, 2015.
4. Branas CC, Kastanaki A, McKee Met al. BMJ Open 2015;5:e005619.
5. Rachiotis G, Stuckler D, McKee K et al. BMJ Open 2015;5:e007295.
6. Economou M, Madianos M, Peppou LE et al. World Psychiatry 2013; 12:53-9.
7. First MB, Spitzer R, Gibbon Met al. Structured Clinical Interview for DSMIV Axis Disorders, patient edition. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 1996.
8. Madianos M, Economou M, Alexiou T et al. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2011;126:125-33.
9. European Social Survey. Questionnaire. www.europeansocialsurvey.org.
10. Hong J, Knapp M, McGuire A. World Psychiatry 2011;10:40-4.
11. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health report. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development, 2007.
12. Beghi M, Rosenbaum JF. Curr Opin Psychiatry 2010;23:349-55.
13. Economou M, Peppou Le, Souliotis K. Recent epidemiological data on the mental health effects of the economic crisis. Presented at the 19th Congress of the Italian Society of Psychopathology, Milan, February 2015.
14. Wahlbeck K, McDauid D. World Psychiatry 2012;11:139-45.

DOI:10.1002/wps.20296

Nuevas estrategias analíticas ayudan a dar respuesta a la interrogante controvertible si la alianza es en sí terapéutica

La relación entre la alianza (en un determinado momento o acumulada a través de varias sesiones) y el desenlace es uno de los hallazgos más constantes en la investigación de la psicoterapia^{1,2}. Sin embargo, el mecanismo subyacente a esta relación es uno de los más controvertibles. Algunos teóricos e investigadores consideran que la alianza es en sí terapéutica; otros aducen que es un producto secundario del tratamiento eficaz o una capacidad similar a un rasgo del paciente para beneficiarse del tratamiento^{3,4}. Durante muchos años, el debate se ha confinado principalmente al dominio de la teoría. En tiempos recientes, varios estudios han aplicado estrategias analíticas avanzadas para explorar el mecanismo inherente a la relación entre alianza y desenlace.

El argumento de que la alianza es simplemente un producto secundario del tratamiento satisfactorio previamente ha sido abordado por estudios que han efectuado el ajuste con respecto al cambio sintomático temprano al analizar la capacidad de la alianza para pronosticar el desenlace. Algunos de estos estudios parecen indicar que la alianza es en realidad un producto secundario del cambio sintomático temprano, en tanto que otros indican que puede pronosticar el desenlace aun después del ajuste con respecto a este cambio. Sin embargo, estudios previos trataron la alianza como una variable estática e ignoraron el hecho de que puede cambiar durante el tratamiento, lo cual puede haber contribuido a los resultados contradictorios. Estudios recientes han utilizado métodos estadísticos como la modelación autorregresiva de rezago cruzado para analizar si los grados de alianza anteceden a los grados de síntomas, sesión por sesión, durante todo el curso del tratamiento. Los

hallazgos demuestran que la alianza de hecho antecede a la reducción de los síntomas durante el curso del tratamiento, tanto en psicoterapia⁵⁻⁷ como en psicofarmacoterapia⁸, lo que señala que es un verdadero factor predictor del desenlace.

La otra dificultad para el argumento de que la alianza es terapéutica, es la propuesta de que la alianza es un producto secundario de una capacidad general del paciente similar a un rasgo para beneficiarse del tratamiento. Los individuos que tienen más capacidad de formar relaciones sólidas y satisfactorias con otros pueden tener una mejor probabilidad de formar una alianza fuerte y satisfactoria con su terapeuta. No puede decirse que la alianza es por sí sola terapéutica si es una característica similar a un rasgo del paciente. Los métodos de disolver tendencias y de centrarse, recién desarrollados⁹, han hecho posible explorar empíricamente la distinción teórica entre los componentes similares a estado y similares a rasgo de la alianza y determinar cuáles de los dos predicen el desenlace. Los estudios demuestran que las características interpersonales previas al tratamiento pueden pronosticar la alianza conforme se desarrolla a través del tratamiento¹⁰ y que el componente de la alianza similar al rasgo puede pronosticar significativamente el desenlace^{7,11}. Sin embargo, los estudios también señalan que los cambios similares a estados en la alianza durante el tratamiento pueden tener un efecto importante en el desenlace^{5,7,11}.

Si los cambios similares a un estado en la alianza pueden desencadenar cambio terapéutico, se espera que la manipulación de estas características influya en el resultado. En un estudio reciente se ha analizado esta cuestión en forma empírica,

distribuyendo en forma aleatoria a los pacientes a una condición de retroalimentación, en la cual los terapeutas recibieron retroalimentación de la alianza que los ayudase a fortalecer su componente similar a un estado, o bien, a un estado de control en el cual no se proporcionó retroalimentación. El estudio reveló un mayor efecto del componente de la alianza similar a estado sobre el desenlace que la condición de retroalimentación, lo que señala que el efecto de este componente de la alianza sobre el desenlace puede de hecho manipularse. Además, otro estudio reciente parece indicar que cuando los terapeutas detectan una alianza insatisfactoria con sus pacientes, y tienen suficiente tiempo para tratar de fortalecer el componente de la alianza similar al estado, este componente se relaciona con un mejor desenlace¹².

Los métodos innovadores recientemente aplicados en la investigación de la psicoterapia esclarecen nuevos aspectos de nuestra comprensión de la cuestión de si la alianza es terapéutica. Estos métodos se supone que desempeñarán un papel decisivo en la investigación futura, al enfocarse en diversas poblaciones y orientaciones terapéuticas, y pueden conducir al desarrollo de modelos aún más avanzados de análisis con mediación de la moderación.

Sigal Zilcha-Mano

Department of Psychology, University of Haifa, Haifa, Israel.

1. Crits-Christoph P, Gibbons MBC, Hamilton J et al. *J Consult Clin Psychol* 2011;79:267-78.
2. Wampold BE. *World Psychiatry* 2015;14:270-7.
3. DeRubeis RJ, Brotman MA, Gibbons CJ. *Clin Psychol Sci Pract* 2005;12:174-83.
4. Zilcha-Mano S, Barber J. *J Contemp Psychoanal* 2014;50:58-88.
5. Falkenström F, Granström F, Holmqvist R. *J Couns Psychol* 2013;60:317-28.
6. Zilcha-Mano S, Dinger U, McCarthy KS et al. *J Consult Clin Psychol* 2014;82:931-5.
7. Zilcha-Mano S, Errazuriz P. *J Couns Psychol* (in press).
8. Zilcha-Mano S, Roose SP, Barber JP et al. *Psychother Psychosom* 2015;84:177-82.
9. Wang LP, Maxwell SE. *Psychol Methods* 2015;20:63-83.
10. Zilcha-Mano S, McCarthy KS, Dinger U et al. *Psychotherapy* 2014;51:424-33.
11. Hoffart A, Øktedalen T, Langkaas TF et al. *J Couns Psychol* 2013;60:471-82.
12. Zilcha-Mano S, Solomonov N, Chui H et al. *J Couns Psychol* (in press).

DOI:10.1002/wps.20305

Eficacia clínica y tolerabilidad de la estimulación magnética transcraneal repetitiva en la depresión bipolar aguda

Aunque el trastorno bipolar se caracteriza por episodios de manía e hipomanía, los episodios depresivos plantean la mayor morbilidad para los pacientes que padecen el trastorno. Lamentablemente, se dispone de escasos tratamientos demostrados para la depresión bipolar y muchos pacientes no responden a los mismos o tienen dificultades para tolerarlos. De ahí que se necesiten urgentemente nuevos tratamientos tolerables y eficaces.

Se ha documentado en estudios aleatorizados a doble ciego controlados con tratamiento simulado (RTC) que los métodos neuromoduladores, como la estimulación magnética transcraneal repetitiva (rTMS), son eficaces para tratar los episodios depresivos en pacientes con trastorno depresivo mayor. Sin embargo, no está claro si la eficacia antidepressiva de la rTMS se extiende a la depresión bipolar. Muchos RTC sobre la rTMS en la depresión mayor han incluido a pacientes con depresión bipolar. Por consiguiente, nuestro objetivo fue analizar sistemáticamente la literatura sobre la rTMS a fin de identificar a los pacientes bipolares incluidos en los estudios aleatorizados con el propósito de sintetizar los datos sobre la eficacia clínica y la tolerabilidad de la rTMS en la depresión bipolar.

Registramos el protocolo para el análisis de la literatura con PROSPERO (CRD#42015017089), lo que implicó tomar en cuenta análisis sistemáticos de la rTMS en la depresión mayor y la búsqueda de publicaciones en idioma inglés en las bases de datos en MEDLINE, EMBASE y CENTRAL, hasta el 11 de julio de 2015. Incluimos estudios aleatorizados, a doble ciego, de la rTMS, controlados con tratamiento simulado que consistieron en ≥ 5 sesiones y se distribuyó de manera aleatoria a pacientes con depresión bipolar a grupos de rTMS activa y simulada. Excluimos los RCT que no incluyeron a pacientes con trastorno bipolar y aquellos para los cuales no se comunicaron las tasas de respuesta clínica o que no se pudieron obtener a través de la correspondencia con los investigadores. Sin-

teizamos los datos utilizando Metanálisis Exhaustivos versión 2,0 (Biostat, Englewood, NJ, USA). Analizamos los datos por intención de tratar con modelos de efectos aleatorios. Se investigó la eficacia por la diferencia de riesgo (RD) y el número que es necesario tratar (NNT). Materiales de apoyo, que incluyen métodos detallados, tablas y figuras están disponibles mediante el contacto con los autores (alexander.mcgirr@alumni.ubc.ca).

En total, retuvimos 19 RTC en nuestro metanálisis¹⁻¹⁹, lo que asciende a un total de 181 pacientes con trastorno bipolar (tipo I, N = 40; tipo II, N = 20; no especificado, N = 21). Los RCT emplearon diferentes dianas de estimulación: la corteza prefrontal dorsolateral izquierda (DLPFC)^{1-6,9-11,13,16,17} la DLPFC derecha^{8,14,15,18}, o la DLPFC bilateral^{7,12,17,19}. En la mayor parte de los estudios se administró estimulación de alta frecuencia (HFS)^{1,3-6,9-13,16,18}, aunque algunos proporcionaron estimulación de baja frecuencia (LFS), 3,8,9,15,18 LPS y HFS secuencial^{7,17,19}, o estimulación de descarga teta (TBS)^{2,14,17}.

Significativamente más pacientes que recibieron rTMS activa lograron la respuesta clínica al final del estudio en comparación con los que recibieron rTMS simulada (47/106, 44,3% frente a 19/75, 25,3%; RD = 0,18, IC del 95%: 0,06-0,30, p < 0,01). Esto representa un NNT de 6 (IC del 95%: 4-15). La N a prueba de fallos fue 29, lo que indica que se necesitan 29 estudios faltantes o nulos para que este hallazgo se vuelva estadísticamente significativo. El análisis del gráfico en embudo reveló una distribución asimétrica, con una carga sustancial en RD = 0. Pese a la considerable heterogeneidad metodológica, no hubo diferencia estadística de heterogeneidad (Q = 19,99, df = 22 y I² = 0,00, p 0,58; intercepto de la regresión de Egger = -0,36, t(21) = 0,42; p = 0,67).

La diana de estimulación y los parámetros óptimos son aspectos importantes de tomar en cuenta en la rTMS debido a

los efectos fisiológicos diferentes. Observamos una tendencia hacia una eficacia del objetivo diferencial ($Q = 5,72$, $df = 2$, $p = 0,057$). De hecho, los RCT dirigidos específicamente a la DLPFC derecha demostraron una eficacia superior y 9/15 (60,0%) de los pacientes con rTMS activa lograron una respuesta clínica en comparación con 1/15 (6,6%) de los pacientes con rTMS simulada. Esto representa una RD de 0,48 (IC del 95%: 0,17-0,78, $p < 0,001$) y un NNT de 3 (IC del 95%: 2-6). Los RCT dirigidos a la DLPFC izquierda también se separaron del placebo, y 33/68 (48,5%) de los pacientes que recibieron rTMS activa lograron una respuesta clínica en comparación con 15/50 (30,0%) de los pacientes que recibieron tratamiento simulado (RD = 0,16; IC del 95%: 0,00-0,31; $p < 0,05$), para un NNT de 7 (IC del 95%: 4-112). No observamos separación entre la rTMS activa y simulada en los RCT que emplearon estimulación bilateral (5/23, 21,73% frente a 3/14, 21,42%, $p = 0,68$). No observamos una eficacia diferencial con base en los parámetros de estimulación.

El problema de los cambios afectivos emergentes durante el tratamiento de la depresión bipolar es importante y controvertible, y se extiende a los tratamientos neuromoduladores. Observamos una tasa muy baja de cambios afectivos emergentes durante el tratamiento, y no observamos un incremento en el riesgo asociado a rTMS activa (1/106, 0,9% frente a 1/75, 1,3%, $p = 0,97$).

Aunque de índole preliminar, nuestros análisis parecen indicar que la rTMS puede ser una opción de tratamiento inocua y eficaz para la depresión bipolar aguda. El grado de eficacia al parecer, superficialmente, es equivalente al observado en pacientes con trastorno depresivo mayor. De hecho, un NNT global de 6 para la respuesta clínica es equivalente a los NNT comunicados en metanálisis de la rTMS en este trastorno. Los protocolos dirigidos a la DLPFC correcta con LFS o TBS inhibitorias puede ser muy eficaces; sin embargo, esto se basa en un pequeño número de estudios, influidos por una tasa baja de respuesta al tratamiento simulado, y precisa investigación adicional.

Lamentablemente, dos RCT dedicados a la depresión bipolar, con un total de 25 pacientes, no se pudieron incluir, ya que no se contó con los protocolos de respuesta clínica o de tratamiento en forma publicada o a través de correspondencia con los investigadores. Otros sesgos son la heterogeneidad metodológica entre los RCT y el número limitado de RCT y pacientes. Por otra parte, obtener datos de depresión bipolar basados en gran parte en correspondencia con investigadores, y persiste cualquier sesgo relacionado con el acceso satisfactorio a estos datos.

Este es, a nuestro entender, el primer metanálisis de los RCT de la rTMS en el tratamiento de la depresión bipolar aguda. Capitalizamos la inclusión de pacientes con trastorno bipolar en los RCT controlados con tratamiento simulado de la rTMS en el tratamiento de la depresión mayor para identificar 181 pacientes. Nuestros análisis indican que la rTMS puede ser

eficaz y tolerable en el tratamiento de la depresión bipolar aguda y no parece relacionarse con cambios afectivos emergentes durante el tratamiento. Asimismo, se necesitan RCT extensos controlados con tratamiento simulado en la depresión bipolar para confirmar la eficacia de la rTMS.

Alexander McGirr¹, Sneha Karmani², Rashmi Arsappa²,

Marcelo T. Berlim^{3,4}, Jagadisha Thirthalli²,

Kesavan Muralidharan², Lakshmi N. Yatham^{1,5}

¹Department of Psychiatry, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada. ²Department of Psychiatry, National Institute of Mental Health and Neurosciences, Bangalore, India. ³Neuromodulation Research Clinic, Douglas Mental Health University Institute and McGill University, Montreal, Quebec, Canada. ⁴Depressive Disorders Program, Douglas Mental Health University Institute and McGill University, Montreal, Quebec, Canada. ⁵Mood Disorders Centre of Excellence, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada.

Los primeros dos autores colaboraron en la misma proporción a este trabajo.

1. Nahas Z, Kozel FA, Li X et al. *Bipolar Disord* 2003;5:40-7.
2. Beynel L, Chauvin A, Guyader N et al. *Front Integr Neurosci* 2014;8:65.
3. Kimbrell TA, Little JT, Dunn RT et al. *Biol Psychiatry* 1999;46:1603-13.
4. George MS, Nahas Z, Molloy Met al. *Biol Psychiatry* 2000;48:962-70.
5. Rossini D, Lucca A, Zanardi R et al. *Psychiatry Res* 2005;137:1-10.
6. Su TP, Huang CC, Wei IH. *J Clin Psychiatry* 2005;66:930-7.
7. Fitzgerald PB, Benitez J, de Castella A et al. *Am J Psychiatry* 2006;163:88-94.
8. Hoppner J, Schulz M, Irmisch G et al. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003;253:103-9.
9. Speer AM, Wassermann EM, Benson BE et al. *Brain Stimul* 2014;7:36-41.
10. Bretlau LG, Lunde M, Lindberg L et al. *Pharmacopsychiatry* 2008;41:41-7.
11. Hernandez-Ribas R, Deus J, Pujol J et al. *Brain Stimul* 2013;6:54-61.
12. Loo CK, Mitchell PB, Croker VM et al. *Psychol Med* 2003;33:33-40.
13. Paillere Martinot ML, Galinowski A, Ringuenet D et al. *Int J Neuropsychopharmacol* 2010;13:45-59.
14. Chistyakov AV, Kreinin B, Marmor S et al. *J Affect Disord* 2015;170:225-9.
15. Klein E, Kreinin I, Chistyakov A et al. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:315-20.
16. Herwig U, Fallgatter AJ, Hoppner J et al. *Br J Psychiatry* 2007;191:441-8.
17. Prasser J, Schecklmann M, Poepl TB et al. *World J Biol Psychiatry* 2015;16:57-65.
18. Fitzgerald PB, Brown TL, Marston NA et al. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:1002-8.
19. McDonald WM, Easley K, Byrd EH et al. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2006;2:85-94.

DOI:10.1002/wps.20300

Declaración de postura de la WPA sobre la espiritualidad y la religión en psiquiatría

La WPA y la Organización Mundial de la Salud (WHO) han trabajado con ahínco para asegurarse de que la promoción y el tratamiento integral de la salud mental tengan fundamentos científicos y, al mismo tiempo, sean compasivos y tomen en cuenta los aspectos culturales^{1,2}. En las últimas décadas, el público y los académicos se han percatado cada vez más de la relevancia de la espiritualidad y la religión para los problemas de salud. Los análisis sistemáticos de la literatura académica han identificado más de 3000 estudios científicos en que se investiga la relación entre religión/espiritualidad (R/S) y salud^{3,4}.

En el campo de los trastornos mentales, se ha demostrado que la R/S tiene implicaciones importantes para la prevalencia (sobre todo trastornos depresivos y por consumo de sustancias), el diagnóstico (por ejemplo, la diferenciación entre las experiencias espirituales y los trastornos mentales), tratamiento (por ejemplo, conducta de búsqueda de ayuda, cumplimiento, atención plena, tratamientos complementarios), desenlaces (por ejemplo, restablecimiento y suicidio) y prevención, así como para la calidad de vida y el bienestar^{3,4}. La WHO ha incluido ahora la R/S como una dimensión de la calidad de vida⁵. Aunque hay datos que demuestran que la R/S suele asociarse a mejores desenlaces en la salud, también puede causar daño (por ejemplo, renuencia al tratamiento, intolerancia, adaptación religiosa negativa). Las encuestas han demostrado que los valores, las creencias y las prácticas de R/S siguen siendo relevantes para la mayoría de la población mundial por cuanto a los pacientes les gustaría que sus inquietudes religiosas/espirituales fuesen abordadas en la atención a la salud⁶⁻⁸.

Los psiquiatras deben tomar en cuenta todos los factores que repercuten en la salud mental. La evidencia demuestra que la R/S se debiera incluir entre éstos, independientemente de la orientación espiritual, religiosa o filosófica de los psiquiatras. Sin embargo, en pocas escuelas de medicina o programas especializados se proporciona alguna capacitación formal a los psiquiatras para que

conozcan la evidencia disponible, o cómo abordar en forma adecuada la R/S en la investigación en el ejercicio clínico^{7,9}. A fin de llenar esta brecha, la WPA y varias asociaciones psiquiátricas nacionales (por ejemplo, Brasil, India, Sudáfrica, Reino Unido y Estados Unidos) han creado excepciones sobre R/S. La WPA ha incluido "religión y espiritualidad" como parte del "programa de capacitación central para la psiquiatría"¹⁰.

Los dos términos, religión y espiritualidad, carecen de una definición generalmente acordada. Las definiciones de espiritualidad suelen aludir a una dimensión de la experiencia humana relacionada con la realidad trascendental, lo sagrado o la realidad absoluta. La espiritualidad está íntimamente relacionada con los valores, el significado y el propósito en la vida. La espiritualidad puede desarrollarse en forma individual o en las poblaciones y las tradiciones. La religión suele considerarse como el aspecto institucional de la espiritualidad, por lo general definida más en términos de sistemas de creencias y prácticas relacionadas con lo sagrado o lo divino, según lo considera una comunidad o un grupo social^{13,8}.

Independientemente de las definiciones precisas, la espiritualidad y la religión se ocupan de las creencias centrales, los valores y las experiencias de los seres humanos. Por consiguiente, una evaluación de su relevancia a los orígenes, comprensión y tratamiento de los trastornos psiquiátricos y de la actitud del paciente hacia la enfermedad, debieran ser centrales para la psiquiatría clínica y académica. Las consideraciones espirituales y religiosas también tienen implicaciones éticas importantes para el ejercicio clínico de la psiquiatría¹¹. En concreto, la WPA propone que:

1. Se debe tomar en cuenta una apreciación sensible de las creencias y prácticas religiosas de los pacientes así como de su espiritualidad de manera sistemática y a veces ser un componente esencial de la anamnesis psiquiátrica.
2. Una comprensión de la religión y la espiritualidad y su relación con el diagnóstico, la etiología y el trata-

miento de los trastornos psiquiátricos se debiera tomar en cuenta como componente esencial, tanto de la capacitación psiquiátrica como del desarrollo profesional continuado.

3. Hay la necesidad de más investigación sobre la religión y la espiritualidad en psiquiatría, sobre todo en sus aplicaciones clínicas. Estos estudios debieran abarcar una amplia diversidad de antecedentes culturales y geográficos.
4. El enfoque en la religión y la espiritualidad debiera estar centrado en la persona. Los psiquiatras no debieran utilizar su posición profesional para hacer proselitismo sobre perspectivas espirituales o mundanas seculares. Se debiera esperar que los psiquiatras siempre respeten y sean sensibles a las creencias y prácticas espirituales/religiosas de sus pacientes, y de las familias y cuidadores de sus pacientes.
5. Los psiquiatras, cualesquiera que sean sus creencias personales, deben estar dispuestos a trabajar con líderes/miembros de las comunidades de fe, capellanes y trabajadores pastorales y otros de la comunidad, para apoyar el bienestar de sus pacientes, y debieran fomentar que sus colegas interdisciplinarios hagan lo mismo.
6. Los psiquiatras debieran demostrar percatación, respeto y comprensión de la parte importante que desempeña la espiritualidad y la religión para muchos miembros del personal y voluntarios en la formación de una vocación para trabajar en el campo de la atención psiquiátrica.
7. Los psiquiatras deben ser conocedores del potencial tanto beneficioso como nocivo de los puntos de vista y prácticas religiosas, espirituales y seculares y estar dispuestos a compartir esta información de una manera crítica pero imparcial con la sociedad en general en apoyo a la promoción de la salud y el bienestar.

Alexander Moreira-Almeida^{1,2},
Avdesh Sharma^{1,3}, Bernard Janse van Rensburg^{1,4}, Peter J. Verhagen^{1,5},
Christopher C.H. Cook^{1,6}

¹WPA Section on Religion, Spirituality and Psychiatry; ²Research Center in Spirituality and Health, School of Medicine, Federal University of Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brazil; ³Parivartan Center for Mental Health, New Delhi, India; ⁴Department of Psychiatry, University of the Witwatersrand, Johannesburg, South Africa; ⁵GGZ Centraal, Hardewijk, the Netherlands; ⁶Department of Theology and Religion, Durham University, Durham, UK.

Este documento fue propuesto por la Sección de Religión, Espiritualidad y Psiquiatría de la WPA y aprobado por el Comité Ejecutivo de la WPA en septiembre de 2015. Los autores agradecen a todos los que colaboraron durante el proceso de desarrollar esta declaración de postura, y sobre todo a D. Bhugra, R. Clo-

ringer, J. Cox, V. DeMarinis, J.J. Lopez-Ibor (en su memoria), D. Moussaoui, N. Nagy, A. Powell y H.M. van Praag. La declaración de postura se ha basado en parte del texto de las recomendaciones ya publicadas en la declaración de postura del Royal College of Psychiatrists¹¹.

1. Bhugra D. *World Psychiatry* 2014;13:328.
2. Saxena S, Funk M, Chisholm D. *World Psychiatry* 2014;13:107-9.
3. Koenig H, King D, Carson VB. *Handbook of religion and health*, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2012.
4. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of religion and health*, 1st ed. New York: Oxford University Press, 2001.
5. WHOQOL SRPB Group. *Soc Sci Med* 2006; 62:1486-97.

6. Pargament KI, Lomax JW. *World Psychiatry* 2013;12:26-32.
7. Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. *Rev Bras Psiquiatr* 2014;36:176-82.
8. Verhagen PJ, Van Praag HM, Lopez-Ibor JJ et al (eds). *Religion and psychiatry: beyond boundaries*. Chichester: Wiley, 2010.
9. Cloninger CR. *Mens Sana Monographs* 2013; 11:16-24.
10. World Psychiatric Association. Institutional program on the core training curriculum for psychiatry. Yokohama: WPA, 2002. www.wpanet.org.
11. Cook CCH. Recommendations for psychiatrists on spirituality and religion. Position Statement PS03/2011. London: Royal College of Psychiatrists, 2011. www.rcpsych.ac.uk.

DOI:10.1002/wps.20304

Actualización sobre publicaciones científicas de la WPA

La WPA sigue ayudando a apoyar, supervisar y fomentar las asociaciones integrantes y colegas que utilicen su considerable conocimiento para publicar sus trabajos, a fin de difundir el conocimiento en todo el mundo.

Para este fin, el Presidente D. Bhugra ha asignado a un grupo muy calificado y representativo de expertos para que dirijan el programa de comunicaciones a través del Consejo Operativo. Ellos son: M. Riba y D. Lecic-Tosevski (co-presidentes), P. Chandra, C. Szabo y R. Heun (miembros); P. Tyrer y A. Cia (consultores); y J. Castaldelli-Maia (observador). El Consejo integra una serie diversa y equilibrada de experiencias en publicación que ayudarán a conformar las orientaciones futuras del programa de publicaciones científicas en la WPA. En un futuro se reunirá el Consejo junto con el Congreso Internacional de la WPA en Estambul, Turquía, en julio de 2016, y en el Congreso Mundial en Berlín, en Alemania, en septiembre de 2017.

La revista oficial de la WPA, *World Psychiatry*, ha ahora alcanzado un factor de impacto de 14.225, ocupando el número 3 entre las revistas psiquiátricas (sólo después de *Molecular Psychiatry* y *Archives of General Psychiatry* que tienen un factor de impacto un poco más alto, 14,496 y 14,480, respectivamente). Además de diversos documentos académicos, la revista regularmente publica noticias en torno a las iniciativas de la WPA¹⁻⁶ así como información relevante para la asociación de la WPA con la Organización Mundial de la Salud⁷⁻¹⁸.

Además, el programa de publicaciones de la WPA se beneficia del trabajo importante y significativo de las Secciones Científicas de la WPA, coordinadas por el Secretario Afzal Javed. Un ejemplo excelente de las publicaciones que emanan de las Secciones es *World Child and Adolescent Psychiatry*, editada por N. Skokauskas, que es la revista oficial de la Sección de Psiquiatría del Niño y el Adolescente de la WPA.¹⁹ La revista contiene comentarios editoriales, perspectivas detalladas, entrevistas, resúmenes de congresos, actualizaciones y proporciona información en torno a programas que tienen lugar en todo el mundo, y que incluyen un foro de tutores. El Prof. Skokauskas y el consejo editorial han expresado su agradecimiento a los colaboradores que han hecho posible que la revista tenga tanto éxito.

Otras iniciativas que se están implementando son una serie de libros de psiquiatría y atención primaria, de los que D. Bhugra y M. Riba son los editores, y que serán publicados por Springer. Se están poniendo en práctica planes para trabajar con los editores y autores en temas tales como bienestar del médico e interacción entre la psiquiatría y la atención primaria. H. Herman, P. Chandra y otros también están colaborando en un libro relacionado con la salud mental de las mujeres. Esperamos con gran interés estas colaboraciones.

Por último, estamos investigando formas de utilizar el sitio web actualizado de la WPA, desarrollado por el Secretario General de la WPA, R.A. Kallivayalil y colaboradores, para la difusión y publicación de materiales como el trabajo de

talleres y otras herramientas educativas que en algún momento pueden recopilarse en libros, sea en versión impresa o electrónica. El Secretario E. Belfort ha dirigido los esfuerzos para que tales materiales estén disponibles en un número creciente de congresos y reuniones con el apoyo y la inversión de la WPA.

Michelle Riba

WPA Secretary for Publications

1. Bhugra D. *World Psychiatry* 2014;13:328.
2. Bhugra D. *World Psychiatry* 2015;14:254.
3. Kallivayalil RA. *World Psychiatry* 2015;14: 374-5.
4. Javed A. *World Psychiatry* 2014;13:205.
5. Javed A. *World Psychiatry* 2015;14:255-6.
6. Riba M. *World Psychiatry* 2015;14:109-10.
7. Saxena S, Funk M, Chisholm D. *World Psychiatry* 2014;13:107-9.
8. First MB, Reed GM, Hyman SE et al. *World Psychiatry* 2015;14:82-90.
9. Grant JE, Atmaca M, Fineberg NA et al. *World Psychiatry* 2014;13:125-7.
10. Lochman JE, Evans SC, Burke JD et al. *World Psychiatry* 2015;14:30-3.
11. Dawson KS, Bryant RA, Harper M et al. *World Psychiatry* 2015;14:354-7.
12. First MB. *World Psychiatry* 2014;13:53-4.
13. Wahlbeck K. *World Psychiatry* 2015;14:36-42.
14. Caldas de Almeida JM. *World Psychiatry* 2015;14:51-3.
15. Del Vecchio V. *World Psychiatry* 2014;13: 102-4.
16. Luciano M. *World Psychiatry* 2014;13:206-8.
17. Sampogna G. *World Psychiatry* 2015;14:110-2.
18. Luciano M. *World Psychiatry* 2015;14:375-6.
19. Skokauskas N. *World Child and Adolescent Psychiatry* 2015;8:2.

DOI:10.1002/wps.20302

