

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 7, Número 1



Abril 2009

EDITORIAL

La asistencia sanitaria física en personas con enfermedades mentales graves: una prioridad de salud pública y ética
M. MAJ

ARTÍCULOS ESPECIALES

Aumento de la investigación y el tratamiento de los trastornos mentales con conceptos dimensionales: hacia el DSM-V y la ICD-11
R.F. KRUEGER, S. BEZDJIAN

Problemas relacionales y el DSM: mejoras necesarias y soluciones recomendadas
R.E. HEYMAN, A.M.S. SLEP, S.R.H. BEACH, M.Z. WAMBOLDT, N.J. KASLOW, D. REISS

Síndrome metabólico en personas con esquizofrenia: una revisión
M. DE HERT, V. SCHREURS, D. VANCAMPFORT, R. VAN WINKEL

FORUM: ¿QUÉ ESTAMOS APRENDIENDO DE LOS ESTUDIOS PRAGMÁTICOS SOBRE LOS FÁRMACOS PSICOACTIVOS?

La efectividad como medida de resultado para los ensayos terapéuticos en psiquiatría
W.W. FLEISCHACKER, G.M. GOODWIN

Comentarios

Diseño de estudios clínicos: lo que es adecuado para un fin es inadecuado para otro
J.R. GEDDES

Mucho ruido sobre pequeñas diferencias
J.P. McEVOY

El lado positivo de los ensayos de efectividad recientes
A.F. SCHATZBERG

¿Los estudios sobre antipsicóticos en «el mundo real» nos indican la verdad real?
H.-J. MÖLLER

La búsqueda de una base de evidencia significativa en psiquiatría
R. EMSLEY, S. HAWKRIDGE

1

3

7

15

23

28

29

31

32

33

La utilidad de los ensayos de eficacia y efectividad
A.J. RUSH

34

Funcionamiento social y calidad de vida como criterios de efectividad en el tratamiento de la esquizofrenia
J.S. KWON, J.-S. CHOI

35

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Migraña en adolescentes mexicanos con trastornos afectivos
S.C. DILSAVER, F. BENAZZI, K.J. OEDEGAARD, O.B. FASMER, K.K. AKISKAL, H.S. AKISKAL

37

Indexación de revistas psiquiátricas de países de ingresos bajos y medianos: una encuesta y un estudio de caso
C. KIELING, H. HERRMAN, V. PATEL, J.J. MARI

40

POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

Normatividad en salud mental para la notificación del abuso sexual de menores y relaciones sexuales médico-paciente
D.E. STEWART, E. VENOS, I.J. ASHRAF

45

Atención a la salud mental de la población en la región de Asia y el Pacífico: empleo de los modelos actuales de mejores procedimientos para moldear la normatividad futura
C. NG, H. HERRMAN, E. CHIU, B. SINGH

49

INFORMES DE SECCIÓN DE LA WPA

Corporeidad y esquizofrenia
G. STANGHELLINI

56

CARTA AL EDITOR

60

NOTICIAS DE LA WPA

Asamblea General de la WPA en Praga y la nueva dirección de la WPA

62

Congreso Internacional de la WPA "Tratamientos en Psiquiatría: una Nueva Actualización" (Florence, 1-4 de abril de 2009)

62

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 7, Número 1



Abril 2009

Traducción íntegra de la Edición Original

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

EDICIÓN ORIGINAL

Editor: M. Maj (Italy)

Associate Editor: H. Herrman (Australia)

Editorial Board: P. Ruiz (USA), L. Küey (Turkey), T. Akiyama (Japan), T. Okasha (Egypt), A. Tasman (USA), M. Jorge (Brazil).

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

EDICIÓN EN ESPAÑOL

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

Periodicidad: 3 números al año

Disponible en Internet: www.ArsXXI.com/WP

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

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

 **Ars Medica**

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

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

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

Muntaner, 262, Ático 2ª • 08008 Barcelona • Tel. (34) 932 721 750 • Fax (34) 932 722 902

Complejo Empresarial Ática. Avda. de Europa 26, Edif. 5 3ª pl. • 28224 Pozuelo de Alarcón, Madrid • Tel. (34) 911 845 430 • Fax (34) 911 845 461

© Copyright World Psychiatric Association

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

Publicación que cumple los requisitos de soporte válido

ISSN: 1697-0683

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

Depósito Legal: B-34.071-2003

Impreso en México

Reservados todos los derechos.

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

Traducido por Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., del original en lengua inglesa (Volumen 8, Número 1, 2009). La responsabilidad de la traducción recae sólo en Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., y no es responsabilidad de la World Psychiatric Association (WPA).

Translated by Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., from the original English language version (Volume 8, Number 1, 2009). Responsibility for the accuracy of the Spanish language rests solely with Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., and is not the responsibility of the World Psychiatric Association (WPA).

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

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

LOPD: Informamos a los lectores que, según la ley 15/1999 de 13 de diciembre, sus datos personales forman parte de la base de datos de Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L. Si desea realizar cualquier rectificación o cancelación de los mismos, deberá enviar una solicitud por escrito a: Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L. Muntaner, 262, Ático 2º 08008 Barcelona.

La asistencia sanitaria física en personas con enfermedades mentales graves: una prioridad de salud pública y ética

MARIO MAJ

Presidente, World Psychiatric Association

La protección y la promoción de la salud física en personas con enfermedades mentales graves están surgiendo como un asunto de gran importancia para la salud pública y ética en todo el mundo. Si realmente nos preocupa la calidad de vida de nuestros pacientes con trastornos mentales graves y la protección de sus derechos civiles, no podemos ignorar que la salud física es una dimensión crucial de la calidad de vida de estas personas y que el acceso a la asistencia sanitaria física de la misma calidad que la disponible para el resto de la población constituye un derecho básico de estos individuos como seres humanos y como ciudadanos.

Según lo analizaron De Hert y cols., en este número (1), las investigaciones han aportado ya amplias pruebas indicativas de que: *a)* la prevalencia de muchas enfermedades físicas es mayor en personas con enfermedades mentales graves que en la población general (2); *b)* la brecha entre estas personas y el resto de la población en lo concerniente a la prevalencia de algunas de estas enfermedades (notablemente, la diabetes mellitus de tipo 2) ha estado aumentando en los últimos decenios (3); *c)* la presentación concomitante de una o más enfermedades físicas tiene una repercusión importante en muchas variables relativas a la calidad de vida y psicopatológicas en sujetos con enfermedades mentales graves (4); *d)* la mortalidad debida a enfermedades físicas es más elevada en personas con enfermedades mentales graves que en la población general (5) y la brecha referente a la mortalidad consecutiva a algunas enfermedades (en concreto, la cardiopatía isquémica) ha estado aumentando en los últimos decenios (6); *e)* la atención sanitaria física a las personas con enfermedades mentales graves está reducida en comparación con la población general (6); *f)* la calidad de la atención sanitaria física que reciben los individuos con enfermedades mentales graves es más deficiente que la población general: a este respecto son notables los datos recientes en torno a la mortalidad debida a insuficiencia respiratoria postoperatoria (cociente de probabilidades ajustado, CP = 8,85) y sepsis postoperatoria (CP ajustado = 7,14) en personas con esquizofrenia (7).

Para abordar esta situación se pueden identificar varias posibilidades de acción. Desde luego, una de las primeras prioridades es que los profesionales de la salud mental, los médicos de atención primaria, los pacientes y sus familias se percaten cada vez más del problema. Debería difundirse mucho más la información derivada de las investigaciones disponibles con respecto a la mayor morbilidad y mortalidad que conllevan las

enfermedades físicas en las personas con trastornos mentales graves.

La formación y la capacitación de los profesionales de la salud mental y el personal que se ocupa de la atención primaria es otro paso esencial. Los profesionales de la salud mental deben estar capacitados para llevar a cabo por lo menos las tareas médicas básicas. Es preciso que comprendan la importancia del reconocimiento de las enfermedades físicas en personas con trastornos mentales graves. Se les debe estimular para que conozcan las causas más frecuentes del infradiagnóstico o del diagnóstico erróneo de las enfermedades físicas en sus pacientes (8). Por otra parte, los médicos de atención primaria deberían superar su renuencia a tratar personas con enfermedades mentales graves. Deberían aprender formas eficaces para interaccionar y comunicarse con estas personas: no es tanto una cuestión de conocimiento y habilidades; es más bien una cuestión de actitudes.

Otro paso esencial es el establecimiento de una integración apropiada entre la salud mental y la atención a la salud física. Hay cierto debate en la bibliografía con respecto a quién debería dar seguimiento a la salud física de personas con enfermedades mentales graves. Sin embargo, lo que realmente importa es que siempre haya alguien disponible que brinde la atención médica: todo paciente debería contar con los servicios de un profesional que se identifique como responsable de su atención sanitaria física. Por otra parte, los servicios de salud mental deberían poder brindar por lo menos una evaluación sistemática estándar a sus pacientes, a fin de identificar o sospechar la existencia de problemas de salud física. En todos los servicios de salud mental se deben conocer y aplicar las directrices actualmente disponibles sobre la opción de los medicamentos antipsicóticos en el paciente individual y el tratamiento de los enfermos que reciben antipsicóticos. Los profesionales de la salud mental deberían estimular a los pacientes para que vigilen y registren su propio peso y sensibilizar tanto a ellos como a sus mentores con respecto al riesgo que el peso excesivo implica para la salud. Los programas de alimentación y ejercicio deberían ser una parte esencial de lo que los servicios de salud mental proporcionan.

Por último, se necesita bastante investigación adicional en este campo. Las enfermedades físicas no siempre deberían considerarse variables de confusión en estudios que abordan los trastornos mentales graves. Deberían estudiarse mediante protocolos de investigación específicos, de manera que pueda

comprenderse mejor la interacción entre los trastornos mentales y las diversas enfermedades físicas –en varones tanto como en mujeres; en personas jóvenes lo mismo que en ancianos; en pacientes internos lo mismo que en pacientes externos–. Esto también podría facilitar establecer relaciones de trabajo más estrechas entre los profesionales de la salud física y los de la salud mental.

La WPA pondrá en práctica durante este trienio un programa internacional para la protección y la promoción de la salud física en personas con enfermedades mentales graves, en colaboración con otras asociaciones médicas internacionales y nacionales y con algunas organizaciones de usuarios y familias. Uno de los componentes del proyecto será implantar un módulo educativo que se utilice para la capacitación de los residentes en psiquiatría, que aborde las enfermedades físicas y el acceso a los servicios de atención sanitaria en personas esquizofrénicas.

La promoción de la atención sanitaria física en personas con enfermedades mentales graves es en la actualidad un aspecto decisivo en nuestro campo. Si no lo consideramos como una prioridad, no podremos afirmar de manera convincente que lo que estamos tratando de lograr es una mejor calidad de vida y proteger los derechos civiles de nuestros pacientes.

Bibliografía

1. De Hert M, Schreurs V, Vancampfort D et al. Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. *World Psychiatry* 2009;8:15-22.
2. Carney CP, Jones L, Woolson RF. Medical comorbidity in women and men with schizophrenia. A population-based controlled study. *J Gen Intern Med* 2006;21:1133-7.
3. Basu A, Meltzer HY. Differential trends in prevalence of diabetes and unrelated general medical illness for schizophrenia patients before and after the atypical antipsychotic era. *Schizophr Res* 2006;86:99-109.
4. Dixon L, Goldberg R, Lehman A et al. The impact of health status on work, symptoms, and functional outcomes in severe mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2001;189:17-23.
5. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000;177:212-7.
6. Lawrence DM, Holman CDJ, Jablensky AV et al. Death rate from ischaemic heart disease in Western Australian psychiatric patients 1980-1998. *Br J Psychiatry* 2003;182:31-6.
7. Daumit GL, Pronovost PJ, Anthony CB et al. Adverse events during medical and surgical hospitalizations for persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:267-72.
8. Sartorius N. Physical illness in people with mental disorders. *World Psychiatry* 2007;6:3-4.

Aumento de la investigación y el tratamiento de los trastornos mentales con conceptos dimensionales: hacia el DSM-V y la ICD-11

ROBERT F. KRUEGER, SERENA BEZDJIAN

Departments of Psychology and Psychiatry, Washington University in St. Louis, Campus Box 1125, St. Louis, MO 63130-4899, USA

Las versiones actuales del DSM (DSM-IV-TR) y la ICD (ICD-10) describen todos los trastornos mentales como conceptos categóricos-politéticos. Se presentan listas de síntomas y se asignan nombres de categorías diagnósticas a los pacientes basándose en la observación de pautas específicas de síntomas. Al utilizar este sistema estricto de categorías en la investigación y en la clínica surge una serie de problemas conceptuales notables. Cuando se utilizan las entrevistas diagnósticas estructuradas meticulosas, los pacientes típicos cumplen los criterios para más de un diagnóstico específico (un fenómeno denominado «comorbilidad»). Además, grupos de pacientes con la misma designación categórica putativa suelen ser heterogéneos con respecto a las manifestaciones clínicas clave, como la gravedad y el pronóstico, y los pacientes con síntomas por debajo de los umbrales diagnósticos a menudo presentan alteraciones significativas. Aunque los conceptos categóricos siempre serán esenciales en las nosologías oficiales (p. ej., para proporcionar designaciones diagnósticas con fines de reembolso), muchos de los problemas conceptuales de un sistema diagnóstico por categorías estrictas pueden superarse si se aumentan las nosologías oficiales con conceptos dimensionales. Se analizan en el presente artículo los enfoques dimensionales específicos y las orientaciones que pueden considerarse para las actualizaciones futuras tanto del DSM como de la ICD.

Palabras clave: Diagnóstico, clasificación, dimensión, categoría, nosología.

Tanto en el DCM como en la ICD, todos los trastornos mentales son conceptos *politéticos-categóricos*.

El calificativo politético alude al hecho de que trastornos mentales específicos son definidos por múltiples síntomas y no todos los síntomas enumerados son necesarios para considerar que exista un trastorno mental en un determinado individuo. Más bien, debe observarse una combinación específica y una serie de síntomas –menos que el número total de síntomas del trastorno– para considerar un diagnóstico.

El calificativo categórico alude al hecho de que todos los trastornos mentales considerados en el DCM y la ICD son conceptos binarios, «esto o lo otro». Se considera que los individuos tienen algún trastorno cuando presentan la combinación y el número de síntomas correctos y no así cuando no existen otros síntomas en la combinación y número correctos. No hay excepciones ni se permiten graduaciones de presentación frente a no presentación.

Cada uno de los trastornos mentales enunciados en el DCM y la ICD se conceptúa como politético y categórico.

LIMITACIONES DE UN MODELO DE TRASTORNOS MENTALES ERICTAMENTE POLITÉTICO-CATEGÓRICO

Surge una serie de problemas notables al conceptuar los trastornos mentales como estrictamente politéticos y categóricos, tanto en el contexto de la investigación como el ejercicio clínico. Considérense tres problemas conceptuales que fastidian tanto al diseño del estudio de investigación como a la conceptualización de los casos clínicos: comorbilidad, heterogeneidad intracategórica y la validez de los síntomas subumbral.

Comorbilidad

Cuando se utilizan entrevistas diagnósticas estructuradas meticulosas en la valoración, los pacientes típicos cumplen con los criterios para más de un diagnóstico específico (2-5). A este fenómeno suele denominarse «comorbilidad» (6). Aunque la comorbilidad es el concepto típico aplicado a este fenómeno, es un poco erróneo. «Co» por lo general se refiere a dos cosas, pero «polimorbilidad» puede tener una mayor prevalencia y, por tanto, sería un término más exacto (7).

La terminología que se utiliza para describir este fenómeno de «polipresentación amplia de trastornos mentales putativamente distintos» es importante por cuanto el fenómeno es un dato empírico esencial sobre lo que ocurre cuando se trata de trabajar con conceptos de trastornos mentales del DSM. A menudo se observa «polimorbilidad» y es un potente pronosticador de la gravedad clínica global (8). Sin embargo, muchos trastornos putativamente distintos tienen factores etiológicos en común. Algunos ejemplos clave son los factores genéticos solapados que contribuyen al episodio depresivo mayor y al trastorno por ansiedad generalizada (9, 10) al igual que al trastorno por personalidad antisocial y drogodependencia (11, 12). Estos datos ponen en tela de juicio la conceptualización de los trastornos mentales fomentada por el DSM como categorías completamente distintivas entre sí. Los datos indican una falta de límites categóricos que separen los trastornos, lo que indica más bien que las manifestaciones de los trastornos se fusionan entre sí de una manera no captada por el concepto de las categorías politéticas.

Heterogeneidad intracategoría

Otro problema difícil que surge cuando se trabaja con conceptos de los trastornos mentales de acuerdo con el DSM es la heterogeneidad intracategoría. Considérense los trastornos de la personalidad del DSM-IV-TR. Un paciente debe cumplir con los criterios de sólo cinco de los nueve síntomas para que se le establezca un diagnóstico de trastorno esquizotípico, límite o narcisista de la personalidad. En consecuencia, los individuos que cumplen con los criterios para estos trastornos podrían tener sólo un síntoma en común. El trastorno de personalidad obsesiva-compulsiva implica ocho síntomas y un umbral de cuatro síntomas para documentar un diagnóstico. En consecuencia, dos casos diferentes diagnosticados de trastorno de personalidad obsesiva-compulsiva podrían no tener síntomas en común. En suma, un enfoque estrictamente politético-categorico lleva a diversas categorías de diagnóstico y pronóstico en grupos de personas seleccionadas en virtud de que cumplen con los criterios de un trastorno mental específico.

Considérese también un ejemplo ilustrativo de la investigación que estamos realizando sobre los síntomas de los trastornos de la conducta definidos en el DSM (13). Observamos que 10 síntomas comunes al DSM-III-R y al DSM-IV tenían una estructura empírica consistente en dos dimensiones distinguibles, una que consta de conductas más agresivas y la otra que comprende más conductas infractoras de reglas (14). También presentamos pruebas de que estas dos dimensiones tenían causas distinguibles, en las que la infracción de reglas muestra una mayor contribución relativa del entorno familiar compartido, en tanto que la agresión muestra una mayor contribución relativa de factores genéticos. El DSM-IV reconoce subtipos de trastornos de la conducta basados únicamente en la edad de instauración y en la gravedad de los síntomas globales y conceptúa el trastorno de la conducta como una categoría politética que consta de 15 síntomas con un umbral de tres síntomas para un diagnóstico. El problema es que, con 15 síntomas y un umbral de tres, las personas con síntomas diversos se consideran representativas de la misma categoría diagnóstica, putativamente homogénea. Esta conceptualización es incompatible con los datos. Por ejemplo, la persona A podría tener tres síntomas de agresividad, la persona B podría tener tres síntomas de infracción de reglas y, aunque la evidencia indique diferencias potencialmente importantes entre estas dos personas en lo referente a la causa de su psicopatología, se considera que ambas tienen «el mismo diagnóstico».

Por último, considérese un ejemplo de la bibliografía sobre el tratamiento de la depresión. Thase y cols., llevaron a cabo un metaanálisis de seis estudios que incluyeron en total aproximadamente 600 pacientes externos deprimidos (15). A todos los sujetos se les diagnosticó un trastorno depresivo mayor basándose en los criterios del DSM-III y el DSM-III-R (16) y en promedio tenían 44 años de edad (31% varones) (15). Luego, se les estratificó en subgrupos de menor gravedad (una puntuación de ≤ 19 en la Escala de Hamilton para la Evaluación de la Depresión, HRSD (17)), y de mayor gravedad (una puntuación de ≥ 20 en la HRSD), y se les proporcionó psicoterapia interpersonal únicamente, o bien, psicoterapia interpersonal más antidepresivos (15). La combinación de psicoterapia interper-

sonal más antidepresivos fue significativamente mejor que la psicoterapia sola sólo en el subgrupo con depresión mayor más grave (15). Por consiguiente, en una muestra de pacientes con diagnóstico depresivo mayor, hay una variabilidad importante en la forma que responden al tratamiento.

En suma, los conceptos diagnósticos politéticos y categoricos del DSM muestran datos de una notable heterogeneidad intracategoría basada en los estudios empíricos. Resulta interesante que en el texto del DSM-IV (pág. xxii) se describan y se reconozcan las limitaciones de un enfoque categorico por lo que respecta al problema de heterogeneidad. El problema es que el DSM no describe estrategias o conceptos específicos para superar el problema de la heterogeneidad.

Validez de los síntomas subumbral

En un modelo politético-categorico, se considera irrelevante para el concepto diagnóstico el grado en el que una persona se encuentra por debajo o por encima del umbral para establecer un diagnóstico. Considérese por ejemplo un diagnóstico que consta de 10 síntomas, en el que el umbral se establece en cinco síntomas. En este sistema, los valores de 1-4 son convertidos en «ningún diagnóstico» o cero, en tanto que los valores de 5-10 son convertidos en «diagnóstico confirmado» o uno. Se presume que el alcance de los síntomas carece de importancia clínica o para la salud pública.

No obstante, las investigaciones indican que se pierde una información valiosa cuando se descarta la cercanía a un umbral a favor de conceptualizar los trastornos únicamente por lo que respecta a si se ha superado un umbral. Un ejemplo contundente se observa en la investigación del Estudio sobre Salud y Desarrollo de Christchurch, un estudio de una cohorte natal de personas de Christchurch, Nueva Zelanda, que fueron objeto de un seguimiento longitudinal (18). Fergusson y cols. (18) clasificaron en tres grupos a los participantes en la investigación de edades de 17 y 18, a saber: sintomáticos, subumbral (humor deprimido o pérdida del interés durante por lo menos dos semanas, o que no alcanzaron a tener el umbral de cinco o más síntomas para una depresión mayor en el DSM-IV) y depresión mayor (todos los criterios de depresión mayor satisfechos en los últimos 12 meses). El riesgo de depresión y de conductas suicidas en el seguimiento (21 a 25 años de edad) fue similar tanto para los grupos subumbral como para los de depresión mayor y los datos respaldaron la existencia de asociaciones continuas y lineales entre la depresión en la adolescencia tardía y los desenlaces adversos en los adultos jóvenes, por contraposición a los cambios bruscos en el riesgo a un umbral específico. En general, la depresión y otros trastornos mentales frecuentes (p. ej., dependencia de alcohol) no parecen caracterizarse empíricamente por umbrales bruscos (19-21); estos trastornos mentales se caracterizan mejor como fenómenos de carácter continuo.

AUMENTO DIMENSIONAL EN LA CONCEPTUACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Las futuras versiones del DSM probablemente continuarán modelándose, por lo menos en forma parcial, por los concep-

tos categóricos de los trastornos mentales. Tales conceptos son importantes para diversos fines prácticos, como el contar con nombres específicos que puedan utilizarse para facilitar los pagos por terceras partes. No obstante, en virtud de las limitaciones claras de un sistema diagnóstico exclusivamente categórico-politético, hay un sustancial interés en mejorar la siguiente edición del DSM (DSM-V) con conceptos dimensionales.

Teniendo en cuenta este interés, así como el apoyo del American Psychiatric Institute for Research and Education (APIRE, por sus siglas en inglés) y el US National Institutes of Health (NIH), organizamos una reunión para analizar las opciones dimensionales para el DSM-V (22, 23). En el presente artículo esbozamos algunas ideas que han surgido de tal reunión.

Algunas opciones dimensionales para nosologías oficiales

Los enfoques categóricos y dimensionales en los diagnósticos son decisivos tanto para los médicos como para los investigadores y el sistema de clasificación más eficaz tendría que ofrecer ambos (24). También resulta claro que las escalas dimensionales deben reflejar definiciones categóricas y que las dos deben tener una relación entre sí. Basándose en definiciones categóricas, hay diversas formas de crear medidas continuas, como número de síntomas, gravedad de los síntomas y grado de alteración de la enfermedad (dentro de las entidades diagnósticas) (24). Si se adoptan las opciones dimensionales para los diagnósticos categóricos, entonces efectivamente tendrían que crearse los enfoques dimensionales que son más apropiados a los diagnósticos definidos (24).

Esencialmente, determinados aspectos de cualquier trastorno específico deben conceptuarse y evaluarse por lo que respecta a su dimensionalidad. Considérese como ejemplo los trastornos por toxicomanía: puede crearse una definición categórica basada en definiciones categóricas previas, que establezca el umbral diagnóstico (25). La dimensionalidad podrá entonces iniciarse al nivel de los síntomas y cada síntoma sería calificado en (por lo menos) una escala de tres puntos (25). Los métodos estadísticos pueden utilizarse para identificar la puntuación dimensional que más se parece al umbral categórico (o diagnóstico) que originalmente se planteó. Esto lleva a una relación compatible y más clara entre las definiciones categóricas y dimensionales (25). Este método puede implementarse básicamente en casi todas o en todas las partes del DSM (p. ej., trastornos de personalidad, trastornos afectivos, psicosis y psicopatología del desarrollo).

La noción de un enfoque de corte transversal también se vuelve importante al examinar diferentes métodos de valoración dimensional. Por ejemplo, la necesidad de facilitar el diagnóstico diferencial constituye la base del agrupamiento de los trastornos por ansiedad en una sola sección del DSM. Sin embargo, los síntomas como ataques de pánico se presentan en trastornos por ansiedad y otros psiquiátricos (26). La evidencia indica que los episodios de pánico son un indicador fiable de una mayor gravedad de la enfermedad, una menor reactividad a los tratamientos y una mayor tendencia al suicidio (27, 28). Por consiguiente, el pánico debe considerarse como un síntoma de corte transversal que se define por separado y que abarca varios trastornos (29). La implementación de las dimensiones

de corte transversal puede ser más eficaz e informativa que los diagnósticos categóricos que se mantienen «artificialmente específicos de una dimensión» (30). Otro ejemplo en el que el enfoque dimensional de corte transversal puede ser una forma eficaz de conceptuar una enfermedad compleja es el de los niños que muestran síntomas concomitantes de trastornos putativamente distintos (p. ej., trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno por desafío opositor) (31). Un enfoque dimensional de corte transversal puede simplificar la conceptualización clínica de trastornos compuestos intrincados al considerar estos trastornos como elementos con una gama más amplia de trastornos interrelacionados.

Los trastornos en los niños y los adolescentes también resaltan la necesidad de considerar fuentes de varianza —que comprenden género, edad y desarrollo— las que por lo general se pasan por alto en la edición actual del DSM (31). Considérese por ejemplo el género sexual: un número de niños tres a siete veces mayor que de niñas cumple con los criterios diagnósticos del DSM para el TDAH. Hacia la adultez, la disparidad en el género resulta menos evidente (32). Un enfoque categórico que no considera las normas de género puede dificultar la comprensión de estas diferencias. Al utilizar un enfoque dimensional, se puede plantear un método sistemático para la selección de umbrales sensibles al género (31). La edad y el desarrollo también son fuentes de varianza que en la actualidad no toman en cuenta los criterios del DSM. La sensibilidad a las etapas del desarrollo y las diferencias individuales pueden ser más simples con un enfoque dimensional en vez de categórico que sólo define un solo umbral (33). Al implementar un sistema dimensional complementario, se puede valorar a los niños en escalas dimensionales que estén normalizadas basándose en género sexual, edad y etnia (33).

Por último, el DSM constantemente ha empleado un enfoque «de arriba abajo», según el cual los médicos consultan su propia experiencia y la bibliografía disponible para documentar un diagnóstico. Por lo contrario, los análisis empíricos suelen favorecer un enfoque «de abajo arriba». Una gran cantidad de datos sobre síntomas puede recopilarse de la población general para analizarlos estadísticamente y determinar qué síntomas se agrupan en síndromes o facetas (33). Por ejemplo, Krueger y cols. (34) analizan la ventaja de abarcar características centrales destructivas de la personalidad como parte del DSM-V reduciendo así el gran número de síntomas que se encuentran en los trastornos de la personalidad conforme al DSM-IV a una serie de facetas más manejable (34). Por consiguiente, un enfoque útil sería estructurar el DSM-V de una manera tal que permita la posibilidad de comparar métodos tanto de arriba abajo como de abajo arriba a fin de mejorar la validez diagnóstica del sistema (33).

CONCLUSIONES

El DSM-III representó un avance importante para los investigadores y médicos de todo el mundo interesados en la psicopatología. Se presentaron criterios observables en términos claros para múltiples conceptos categóricos y politéticos de los trastornos mentales. Esta claridad ha tenido beneficios en la investigación empírica de los trastornos mentales por cuanto proporcionó conceptos consensuales elegidos como objetivo. El

sistema conceptual planteado en el DSM-III básicamente se ha continuado, a través del DSM-IV, con cambios en criterios específicos pero sin ningún cambio en la concepción básica de los trastornos mentales. En consecuencia, se han acumulado datos y experiencias amplias en torno a las limitaciones inherentes a las categorías politéticas. Resulta clara la necesidad de desarrollar nuestra concepción e ir más allá de un modelo estrictamente categórico y politético de todos los trastornos mentales. El reto ahora radica en cómo lograr esta evolución, por lo que respecta a estrategias y métodos específicos que puedan implementarse en nosologías oficiales. Ésta no es una tarea trivial, sino decisiva para mantener la investigación y el tratamiento de los trastornos mentales con una base empírica sólida.

World Psychiatry 2009;8:3-6

Bibliografía

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision). Washington: American Psychiatric Press, 2000.
- First MB. Mutually exclusive versus co-occurring diagnostic categories: the challenge of diagnostic comorbidity. *Psychopathology* 2005;38:206-10.
- Krueger RF, Markon KE. Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol* 2006;2:111-33.
- Lilienfeld SO, Waldman ID, Israel AC. A critical examination of the use of the term and concept of comorbidity in psychopathology research. *Clin Psychol Sci Pract* 1994;1:71-103.
- Maj M. 'Psychiatric comorbidity': an artefact of current diagnostic systems? *Br J Psychiatry* 2005;186:182-4.
- Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chron Dis* 1970;23:455-68.
- Batstra L, Bos EH, Neeleman J. Quantifying psychiatric comorbidity: lessons from chronic disease epidemiology. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:105-11.
- Angst J, Sellaro R, Merikangas KR. Multimorbidity of psychiatric disorders as an indicator of clinical severity. *Eur Arch Psychiatry Clin Psychology* 2002;252:147-54.
- Kendler KS. Major depression and generalised anxiety disorder: same genes, (partly) different environments – Revisited. *Br J Psychiatry* 1996;168:68-75.
- Middeldorp CM, Cath DC, Van Dyck R et al. The co-morbidity of anxiety and depression in the perspective of genetic epidemiology: a review of twin and family studies. *Psychol Med* 2005;35:611-24.
- Kendler KS, Prescott CA, Myers J et al. The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance abuse disorders in men and women. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:929-37.
- Krueger RF, Hicks BM, Patrick CJ et al. Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior, and personality: modeling the externalizing spectrum. *J Abnorm Psychol* 2002;111:411-24.
- Tackett JL, Krueger RF, Iacono WG et al. Symptom-based subfactors of DSM-defined conduct disorder: evidence for etiologic distinctions. *J Abnorm Psychol* 2005;114:483-7.
- Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA school age forms and profiles. Burlington Vermont: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families, 2001.
- Thase ME, Greenhouse JB, Frank E et al. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:1009-15.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., revised). Washington: American Psychiatric Press, 1987.
- Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-61.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM et al. Suicidal behavior in adolescence and subsequent mental health outcomes in young adulthood. *Psychol Med* 2005;35:983-93.
- Hasin DS, Liu X, Alderson D et al. DSM-IV alcohol dependence: a categorical or dimensional phenotype? *Psychol Med* 2006;36:1695-705.
- Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. *Am J Psychiatry* 2006;163:115-24.
- South SC, Krueger RF. Categorical and dimensional models of depression. Submitted for publication.
- Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (eds). Dimensional approaches in diagnostic classification – Refining the research agenda for DSM-V. Virginia: American Psychiatric Association, 2008.
- Regier D. Dimensional approaches to psychiatric classification: refining the research agenda for DSM-V: an introduction. *Int J Meth Psychiatr Res* 2007;16:S1-5.
- Kraemer HC. DSM categories and dimensions in clinical and research contexts. In: Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (eds). Dimensional approaches in diagnostic classification – Refining the research agenda for DSM-V. Virginia: American Psychiatric Association, 2008:5-17.
- Helzer JE, Bucholz KK, Gossop M. A dimensional option for the diagnosis of substance dependence in DSM-V. In: Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (eds). Dimensional approaches in diagnostic classification – Refining the research agenda for DSM-V. Virginia: American Psychiatric Association, 2008:19-34.
- Goodwin RD, Lieb R, Hofler M et al. Panic attack as a risk factor for severe psychopathology. *Am J Psychiatry* 2004;161:2207-14.
- Bittner A, Goodwin RD, Wittchen H-U et al. What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? *J Clin Psychiatry* 2004;65:618-26.
- Wittchen H-U, Lecrubier Y, Beesdo K et al. Relationships among anxiety disorders: patterns and implications. In: Nutt DJ, Ballenger JC (eds). Anxiety disorders. Oxford: Blackwell, 2003:25-37.
- Shear MK, Bjelland I, Beesdo K et al. Supplementary dimensional assessment in anxiety disorders. In: Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (eds). Dimensional approaches in diagnostic classification – Refining the research agenda for DSM-V. Virginia: American Psychiatric Association, 2008:65-84.
- Allardyce J, Suppes T, van Os J. Dimensions and the psychosis phenotype. In: Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (eds). Dimensional approaches in diagnostic classification – Refining the research agenda for DSM-V. Virginia: American Psychiatric Association, 2008:53-63.
- Hudziak JJ, Achenbach TM, Althoff RR et al. A dimensional approach to developmental psychopathology. In: Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (eds). Dimensional approaches in diagnostic classification – Refining the research agenda for DSM-V. Virginia: American Psychiatric Association, 2008:101-13.
- Kessler RC, Adler L, Barkley R et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006;163:716-23.
- Helzer JE, Wittchen H-U, Krueger RF et al. Dimensional options for DSM-V: the way forward. In: Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (eds). Dimensional approaches in diagnostic classification – Refining the research agenda for DSM-V. Virginia: American Psychiatric Association, 2008:115-27.
- Krueger RF, Skodol AE, Livesley WJ et al. Synthesizing dimensional and categorical approaches to personality disorders. In: Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (eds). Dimensional approaches in diagnostic classification – Refining the research agenda for DSM-V. Virginia: American Psychiatric Association, 2008:85-99.

Problemas relacionales y el DSM: mejoras necesarias y soluciones recomendadas

RICHARD E. HEYMAN¹, AMY M. SMITH SLEP¹, STEVEN R.H. BEACH², MARIANNE Z. WAMBOLDT³,
NADINE J. KASLOW⁴, DAVID REISS⁵

¹Family Translational Research Group, Department of Psychology, Stony Brook University, State University of New York, Stony Brook, NY 11794-2500, USA

²Institute for Behavioral Research, University of Georgia, Athens, GA 30602, USA

³Department of Psychiatry, University of Colorado at Denver, and Health Sciences Center, The Children's Hospital, Denver, CO 80218-1088, USA

⁴Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Grady Health System, Emory University School of Medicine, 80 Jesse Hill Jr. Drive, Atlanta, GA 30303, USA

⁵Child Study Center, Yale University, New Haven, CT 06520-7900, USA

Los problemas relacionales son síndromes conductuales o psicológicos de importancia clínica o pautas de comportamiento que ocurren en individuos o entre ellos y que se asocian a aflicciones presentes o discapacidad o a un riesgo significativamente mayor de deceso, dolor, discapacidad o una pérdida importante de la libertad. Los problemas relacionales (p. ej., problemas relacionales de parejas, maltrato de la pareja e infantil) se incluyen como trastornos del eje I en el DSM-IV bajo los códigos V (es decir, «otros trastornos que pueden ser objeto de atención clínica»). Sin embargo, en el DSM-IV no se proporcionan criterios para estos códigos. En este artículo analizamos brevemente la bibliografía que de manera incontrovertible documenta los síndromes y tipos de problemas relacionales y sus secuelas importantes. Luego analizamos una serie de estudios que proporcionan indicios de la validez de contenido y acuerdo entre evaluadores por lo que respecta a los criterios para determinar si en una determinada circunstancia existen o no problemas relacionales. Se ha demostrado que el subgrupo de criterios de problemas relacionales más estudiado, los de maltrato de la pareja y del niño, tienen grados de fiabilidad notablemente altos cuando aplican a múltiples dominios en la práctica ($k = .66-.89$), a niveles de acuerdo nunca alcanzados por los diagnósticos del DSM para los individuos. Concluimos afirmando que la ciencia, los servicios asistenciales, la familia, los individuos y el propio DSM, se beneficiarían de incluir los criterios para el diagnóstico de los problemas relacionales y de considerar las diversas opciones para clasificar los problemas y procesos relacionales en el DSM-V.

Palabras clave: Problemas relacionales, maltrato de la pareja y de niños, criterios diagnósticos, DSM-IV.

El DSM-IV-TR limita los trastornos mentales, por definición, a los problemas que se presentan en una persona: «un síndrome o pauta de conducta o psicológicamente importante que ocurre en un individuo y que se relaciona con la molestia principal (p. ej., un síntoma de dolor) o discapacidad (es decir, alteración de uno o más aspectos importantes del funcionamiento) o con un riesgo significativamente mayor de deceso, dolor, invalidez o una pérdida importante de la libertad» (1).

Los síndromes o patrones conductuales o psicológicos clínicamente importantes que ocurren en individuos o su interrelación con otros y que se asocian a la aflicción o discapacidad principal o a un riesgo significativamente mayor de deceso, dolor, discapacidad o una pérdida importante de la libertad, reciben escasa atención en el DSM-IV. Este artículo se enfoca en 11 de estos síndromes/patrones que ocurren en las familias —problemas relacionales de pareja, problemas de paternidad, problemas relacionales padre-niño, maltrato de pareja (físico, emocional y abuso sexual; descuido) y maltrato infantil (físico, emocional y abuso sexual; y negligencia)— a los cuales designaremos como «problemas relacionales».

Analizamos brevemente de qué manera se abordan los problemas relacionales en el DSM-IV. Bosquejamos el conjunto de investigaciones científicas que respaldan la importancia de los procesos de relación para el funcionamiento y el bienestar del individuo. Proporcionamos varios ejemplos de la forma en que los criterios podrían presentarse de una manera clara y estructurada. Presentamos la serie de estudios que proporcionan pruebas de validez de contenido y acuerdo entre evaluadores para los criterios que permiten establecer si en una determinada circunstancia existen o no problemas relacionales. Analizamos el desarrollo de entrevistas de detección y diagnósticas para los problemas relacionales. Presentamos recomendaciones para la

posible inclusión de los problemas/procesos relacionales en el DSM-V. Concluimos que se dispone de criterios que podrían mejorar la descripción de los problemas relacionales claves que son pertinentes a la prestación de cuidados clínicos óptimos.

CÓMO SE ABORDAN LOS PROBLEMAS RELACIONALES EN EL DSM-IV

El DSM-IV-TR incluye los procesos relacionales en la sección «Otros trastornos que pueden ser el centro de la atención clínica» (p. ej., problema de relación de pareja, problema de relación padre-niño, problemas relativos a maltrato o negligencia). Además, enumera las categorías de problemas psicosociales en el eje IV (p. ej., problemas con grupo de apoyo primario, problemas relacionados con el entorno social) y proporciona la escala para la Valoración Global del Funcionamiento (VGF) en el Eje V y la escala para la Valoración Global del Funcionamiento Relacional (VGFR) en el apéndice B. Además, se han abordado algunos problemas relacionales en materiales complementarios, como la descripción del maltrato y la negligencia y otros problemas relacionales en el Volumen 3 del DSM-IV Sourcebook (2). Sin embargo, en el DSM-IV no se mencionan criterios con respecto a los problemas relacionales (o cualquiera de los códigos V).

El motivo primordial para incluir criterios con respecto a los problemas relacionales en el DSM es que los médicos y los investigadores sistemáticamente valoran y tratan a individuos, parejas y familias con problemas relacionales —o trastornos individuales referentes a problemas relacionales o exacerbados por ellos— pero no cuentan con ninguna guía referente a los criterios. Los estudios que utilizan operacionalizaciones variables de los problemas relacionales son difíciles de comparar (3, 4); es

insuficiente el acuerdo entre los especialistas en este campo (5); y es debatible la validez del contenido de las operacionalizaciones típicas (a veces de manera muy penosa en el caso del maltrato de la pareja) (6, 7). El resultado es una comunicación no óptima de la investigación, la acumulación imperfecta de los resultados de las investigaciones y un ejercicio médico que deja que desear.

El enfoque neo-Kraepeliniano utilizado para desarrollar el DSM describió síndromes de potencial importancia clínica, con una meta inicial de clasificar de manera fiable los trastornos. Se podría entonces evaluar la validez de estas clasificaciones. Según la advierten Kupfer y cols. (8), «desde un principio... se reconoció que la fortaleza primaria de un enfoque descriptivo era su capacidad para mejorar la comunicación entre lo médicos e investigadores, no su validez establecida». En otras palabras, las definiciones del DSM no recibieron ayuda, pues los criterios para los síndromes clínicos tenían que preceder a las investigaciones sobre prevalencia, etiología y eficacia y efectividad del tratamiento (9). Con los síndromes operacionalizados fiables como punto de partida, es entonces posible la investigación de la validez.

Por consiguiente, la pregunta válida no es, «¿deberían incluirse los problemas relacionales en el DSM-V?» sino «¿deberían los criterios operacionalizados?» y «¿deberían los problemas relacionales mantenerse como código V o deberían ubicarse en otra parte?» Afirmaremos con vehemencia que la respuesta a la primera pregunta es enfáticamente «sí». Con respecto a la segunda pregunta nuestra postura es agnóstica; en otra parte se puede consultar una consideración detallada de las opciones para ubicar los problemas relacionales y los procesos de relación en el DSM (10, 11).

LA NECESIDAD DE CRITERIOS FIABLES Y VÁLIDOS PARA LOS PROBLEMAS RELACIONALES. ESTUDIOS DE CASOS: PROBLEMAS RELACIONALES DE PAREJA

Las limitaciones de espacio nos impiden un análisis siquiera breve de la bibliografía creciente que vincula cada uno de los 11 problemas relacionales con sufrimiento, morbilidad y mortalidad importantes. Más bien, hemos optado por presentar brevemente la evidencia disponible en torno a un problema: los problemas relacionales de pareja. Se podría ordenar series equivalentes de bibliografía para casi todos los 10 problemas restantes.

Efectos de los problemas relacionales de pareja sobre la salud mental de los adultos

La bibliografía que vincula las relaciones íntimas de adultos con los desenlaces en la salud mental es sustancial. Existen conexiones documentadas entre los procesos de relación y la etiología, el mantenimiento, las recaídas y el tratamiento óptimo de muchos trastornos. Puesto que no tenemos espacio para analizar esta bibliografía de manera exhaustiva, nos enfocamos al muestreo breve de esta bibliografía para fines ilustrativos.

La insatisfacción importante en la relación de pareja predice un mayor riesgo de un episodio depresivo mayor en el año subsiguiente, incluso después del control con respecto al antecedente de depresión (12) o la comorbilidad (13). Tanto el conflicto de relación como el maltrato físico predicen incrementos subsiguientes de los síntomas depresivos en las mujeres

(14). El efecto de los sucesos de relación humillante sobre la depresión es sustancial (15, 16). Desde una perspectiva conductual-genética, el efecto de la satisfacción en la relación de pareja es un efecto circunstancial no compartido y no está bien modelado como un resultado de los mismos factores genéticos que producen la vulnerabilidad a los síntomas depresivos (17). Por consiguiente, las perturbaciones de las relaciones íntimas de adultos son clave para comprender la causa de los síntomas depresivos en muchos individuos y tienen el potencial de complementar los modelos basados en variables genéticas (18).

Los enfoques de tratamiento orientados a las relaciones íntimas han resultado de utilidad, entre otros trastornos individuales, para la depresión (19), el alcoholismo (20) y la toxicomanía (20). Existen notables aplicaciones de las intervenciones de relación a los individuos con enfermedades mentales graves (21). Estas modalidades terapéuticas se asocian a una disminución en la tensión interpersonal, un mayor cumplimiento a la medicación y tasas más bajas de rehospitalización. A consecuencia de tales vinculaciones, se ha prestado más atención a los problemas relacionales en el tratamiento de muchos problemas de salud mental y es indispensable para tratar en forma apropiada diversos trastornos.

Efectos de los problemas relacionales de pareja sobre la salud mental de los niños

Los conflictos en la relación de pareja se asocian a una peor paternidad y adaptación del niño, problemas de apego y mayores conflictos entre padres y niños y hermanos. Algunos de los aspectos de los conflictos de relación que tienen una influencia muy negativa en los niños son los conflictos frecuentes, intensos, físicos y no resueltos en la relación con el niño y los conflictos atribuidos a la conducta del niño (22). Los problemas relacionales y de paternidad pueden exacerbarse entre sí u operar de manera sinérgica para crear un entorno familiar coercitivo. A su vez, los problemas de relación y de paternidad pueden interactuar con susceptibilidades genéticas e influir en la expresión génica para afectar a la etiología de muchos trastornos físicos y mentales. Por ejemplo, las mujeres que fueron adoptadas poco después del nacimiento y que tienen un alto riesgo genético para la depresión no muestran datos del trastorno si son educadas por padres adoptivos que no tienen ningún problema psicopatológico o dificultades en las relaciones (23). Asimismo, los niños adoptados con un riesgo genético para esquizofrenia y exposición a modos de comunicación específico en sus familias adoptivas tienen más probabilidades de presentar el trastorno que las personas genéticamente susceptibles que crecen en familias con comunicación más clara y papeles claros (24). Estos datos indican que una interacción entre el entorno de la relación de pareja de adulto y enfermedades genéticas concretas es decisiva en la génesis de determinados trastornos mentales (18).

Datos derivados de estudios en animales también indican la importancia del ambiente de crianza en las primeras etapas de la vida; por ejemplo, los cuidados maternos deficientes de los cachorros por las ratas madres en los primeros 10 días de vida influyen en la expresión génica (25). Los cuidados maternos deficientes originan cambios en la expresión de ARN mensajero del receptor de glucocorticoide en el hipocampo, lo que origina una mayor sensibilidad retroalimentaria a los glucocorticoides

y una mayor sensibilidad al estrés. Estos cambios constituyen la base de la sensibilidad al estrés que muestran los cachorros maltratados de por vida (25) y establece las condiciones para los cuidados maternos deficientes de la propia progenie. Por lo contrario, los cuidados maternos satisfactorios de monos lactantes con riesgo de síntomas de ansiedad modera la expresión de los síntomas (26), lo que señala que las interacciones ambientales génico-familiares transforman las susceptibilidades genéticas en activos genéticos y que las alteraciones de las relaciones primarias en las primeras etapas de la vida pueden modificar los sistemas neurales que controlan la adaptabilidad emocional o vulnerabilidad a largo plazo (27).

EJEMPLOS DE CRITERIOS PARA LOS PROBLEMAS RELACIONALES

La formulación y la validación de criterios para los problemas relacionales en el DSM-V están bien avanzadas. La meta ha sido producir criterios claros que puedan proporcionar una guía de utilidad clínica y crear una base para el acuerdo interevaluador en circunstancias clínicas. Además, cada serie de criterios está basada en los mejores conocimientos científicos disponibles sobre la génesis y el mantenimiento de estos problemas.

En la Tabla 1 se presentan los criterios para el problema relacional de pareja. Se necesitan criterios tanto A como B. El criterio A implica una insatisfacción en la relación, lo que comprende tres posibles presentaciones (de un modo similar al requisito de ánimo deprimido o anhedonia de los criterios para un episodio depresivo mayor): una sensación penetrante y persistente de infelicidad en la relación; ideas persistentes de divorcio o de separación; una necesidad percibida de ayuda profesional para la relación. El criterio B comprende síntomas conductuales, cognitivos y afectivos que han aparecido de manera repetida en la bibliografía empírica; se necesita por lo menos uno.

En la Tabla 2 se muestran los criterios para el diagnóstico de maltrato físico del niño. Se necesita tanto el criterio A (acto) como el criterio B (impacto), lo mismo que el criterio C (falta de circunstancias atenuantes —es decir, los actos no fueron cometidos para protegerse de daño inminente, no fueron parte de un juego apropiado para el desarrollo y no fueron cometidos para proteger a los niños de un daño inminente—). Al igual que en el DSM, en el que los criterios para el «episodio depresivo mayor» son diferentes, pero referidos por, los criterios un «trastorno depresivo mayor», los 11 criterios para trastorno relacional tienen algunas series de subcriterios que han resultado esenciales para la aplicación clave de los criterios. Según se muestra en la Tabla 2, «la lesión física más que insignificante» y la «reacción al temor más que insignificante» tienen criterios de aclaración. Según descubrimos durante los ensayos de campo descritos más adelante, se necesitan tales operacionalizaciones para lograr un alto acuerdo entre revisores de asesores expertos en el campo. Por último, cabe advertir que los criterios B1 (lesión más que insignificante) y B3 (reacción a temor más que insignificante) implican impactos reales, en tanto que los B2 implican el potencial para una lesión más que insignificante. Los asesores juzgan si la peligrosidad inherente al acto, el grado de fuerza utilizada y el medio ambiente físico en el cual los actos ocurren constituyen un potencial significativo

Tabla 1. Criterios diagnósticos para el problema de relación de pareja

- A. Insatisfacción en la relación durante el último mes, según se refleja en cualquiera de las siguientes manifestaciones:
 - 1) Una sensación constante de infelicidad en la relación, en un mayor número de días.
 - 2) Ideas de divorcio/separación que son más que transitorias.
 - 3) Necesidad percibida de ayuda profesional para la relación.
- B. Repercusión significativa de la insatisfacción de la relación en los sistemas de conducta, cognitivo o afectivo, según se refleja en al menos una de las siguientes manifestaciones y en al menos uno de los miembros de la pareja:
 - 1) Síntomas de conducta:
 - a. Dificultades para la resolución de conflictos, según se pone de manifiesto en:
 - i. Escalada persistente y notable de conducta o afectos negativos (p. ej., las «pequeñas» disputas rápidas y frecuentemente se convierten en discusiones acaloradas).
 - ii. Retirada invariable de manera que se impide la resolución. (Nota: La retirada puede ser abandonando una discusión antes que se resuelva o mediante una desconexión más constante que impide ventilar o resolver los problemas).
 - b. Falta constante de conductas positivas (p. ej., compartir pensamientos y sentimientos; afectos) o de conductas de apoyo.
 - 2) Síntomas cognitivos: pauta constante de atribuciones negativas con relación a las intenciones de la pareja, según se manifiesta por:
 - a. Conductas negativas constantemente atribuidas a rasgos de personalidad negativos o que se perciben como realizadas de forma voluntaria, intencional o con intenciones negativas.
 - b. Conductas positivas constantemente atribuidas a estados temporales o que se perciben como intenciones negativas realizadas de forma accidental, no intencional o bien de manera oculta.
 - 3) Síntomas afectivos: interacciones o ideas sobre la pareja que a menudo se caracterizan por grados intensos y persistentes de al menos una de las siguientes manifestaciones:
 - a. Ira o resignación.
 - b. Tristeza.
 - c. Apatía.

para un daño serio (p. ej., empujar a un niño con fuerza cerca de la parte superior de unos escalones, asfixiar a un adolescente pero sin dejar magulladuras).

En la Tabla 3 se proporcionan los criterios para los problemas de paternidad, que siguen una estructura similar a los otros criterios. El criterio A implica dificultades de paternidad sustanciales y el criterio B implica un impacto significativo de tales dificultades de paternidad en el niño. De nuevo, los criterios reflejan los datos publicados en la bibliografía empírica y constituyen una base para la fiabilidad interevaluador en contextos clínicos. Muchos casos de disfunción familiar por los cuales se le asigna un diagnóstico al niño (p. ej., trastorno de conducta, trastorno de oposición desafiante) podrían también cumplir los criterios para el problema de paternidad.

FORMULACIÓN Y PRUEBAS DE LOS CRITERIOS PARA LOS PROBLEMAS RELACIONALES

Se han formulado criterios para los 11 problemas relacionales. Más adelante se detalla la creación y las pruebas de los criterios para los problemas relacionales referentes al maltrato de la pareja y del niño. Los criterios de maltrato fueron formulados en un proceso de múltiples etapas que se describen con más detalle en otra parte (28-30). Los pasos comprendieron: a) analizar la validez del contenido y la aplicabilidad práctica de una serie de criterios de maltrato que ya se estaban aplicando;

Tabla 2. Criterios para el diagnóstico de maltrato físico del niño

A. Uso no accidental de la fuerza física por el padre/cuidador de un niño. La fuerza física comprende, pero no está limitada a, golpear con la mano; dejar caer; empujar; dar empujones; golpear; sujetar o tirar de las extremidades o del cuerpo; arrojar; dar codazos; tirar del cabello; rasguñar; pellizcar; sujetar o apretar; sacudir; morder; arrojar objetos al niño; patear; golpear con el puño; golpear con un palo, una banda, un cinturón u otro objeto; escaldar; quemar; envenenar; herir con un objeto punzocortante; aplicar fuerza en la garganta; estrangular o interrumpir el suministro de aire; mantener bajo el agua; utilizar un arma.

B. Impacto significativo sobre el niño según se refleja en alguna de las siguientes manifestaciones:

- 1) Lesiones físicas más que insignificantes (véase definición adelante).
- 2) Potencial razonable de una lesión física más que insignificante (véase más adelante definición) dada la peligrosidad inherente al acto, el grado de fuerza utilizada y el remedio físico en el cual ocurrieron los actos.
- 3) Reacción de temor más que insignificante (véase más adelante definición).

C. Los actos de fuerza física no fueron cometidos por ninguna de las siguientes razones:

- 1) Para protegerse de una lesión física inminente debido a que el niño o el adolescente se encontraba en el acto de la fuerza física (véase más adelante definición).
- 2) Jugar con el niño de una manera apropiada para el desarrollo.
- 3) Proteger al niño o a otra persona de un daño físico inminente (incluyendo, pero no limitándose a empujar al niño fuera del trayecto de un automóvil, quitarle el arma a un niño suicida, detener al niño para que no inflija lesión a otra persona).

(Nota: acciones subsiguientes que no fueron directamente protectoras –por ejemplo, azotar al niño por correr hacia la calle– no cumplirían este criterio).

Subcriterios para «Lesión física más que insignificante»

Una lesión que implica cualquiera de lo siguiente:

- A. Cualquier lesión en la cara o en la cabeza.
- B. Cualquier lesión en un niño menor de 2 años de edad.
- C. Más de una contusión superficial (es decir una contusión es algo diferente a una lesión de color muy rojo –por ejemplo, violeta, azul, negro– o contusiones con un área total que sobrepasa la mano de la víctima o que son dolorosas con el tacto leve).
- D. Corte(s)/rasguño(s) más que superficiales (es decir, necesitarían presión para detener la hemorragia).
- E. Hemorragia interna o de la boca o de los oídos.
- F. Verdugón (protuberancia o reborde elevado en la piel).
- G. Quemaduras.
- H. Pérdida del conocimiento.
- I. Pérdida de la función (lo que incluye, pero no está limitado a esguinces, huesos fracturados, desprendimiento de retina, dientes sueltos o fragmentados).

b) creación de una conceptualización unificadora para lo que constituyó un problema por arriba del umbral; c) análisis y adaptación (cuando procedió) de operacionalizaciones existentes; d) pruebas de campo y criterios de refinamiento, evaluaciones y proceso de toma de decisiones; e) pruebas del uso de los criterios en la difusión a gran escala; f) creación de medidas de detección basadas en los criterios y entrevistas clínicas estructuradas; y g) examen de la validez del contenido de los criterios finales.

Antes de describir los resultados de un proceso de formulación y prueba de múltiples etapas, es necesario cierto contexto. En primer lugar, los criterios fueron desarrollados originalmente para utilizarse en la Fuerza Aérea de EE.UU y desde entonces han sido adoptados en todos los servicios del Departamento de Defensa de EE.UU y de la Guardia Costera de EE.UU. En segundo lugar, todas las evaluaciones y los criterios diagnósticos

- J. Agotamiento por calor o insolación.
- K. Lesión de órganos internos.
- L. Desfiguración (que incluye, pero no está limitado a, cicatrices).
- M. Edema que dura por lo menos 24 horas.
- N. Dolor percibido (a) en el curso de las actividades normales y (b) por lo menos 24 horas después que se sufrió la lesión física.

Subcriterios para una «Reacción de temor más que insignificante»

Reacción de temor significativa de la víctima, según se pone de manifiesto por lo siguiente:

- A. Temor (verbalizado o mostrado) a la lesión corporal hacia sí mismo o hacia otros.
- B. Por lo menos uno de los siguientes signos de temor o ansiedad que duran un mínimo de 48 horas:
 - 1) Recuerdos intrusivos persistentes del incidente.
 - 2) Reacciones negativas notables a aspectos relacionados con el incidente, según se refleja en cualquiera de las siguientes manifestaciones.
 - a. Evitación de señales.
 - b. Sufrimiento subjetivo o manifiesto antes las señales. (Nota: el perpetrador puede ser una señal).
 - c. Hiperreactividad fisiológica a las señales (Nota: el perpetrador puede ser una señal).
 - 3) Acción o sensación como si hubiese recidiva del incidente.
 - 4) Síntomas persistentes de una mayor reactividad, según se refleja en cualquiera de las siguientes manifestaciones:
 - a. Dificultades para quedarse o mantenerse dormido.
 - b. Irritabilidad o estallidos de ira
 - c. Dificultades para concentrarse.
 - d. Hipervigilancia (es decir, actuación demasiado sensible a sonidos y cosas vistas en el entorno; verificación del entorno esperando peligro; sentirse agitado y ansioso).
 - e. Respuesta de sobresalto exagerada.

Subcriterios para «Protegerse de daño físico inminente en virtud de que el niño estaba en el acto de la fuerza física»

Los actos de fuerza física fueron cometidos para protegerse a sí mismo del daño físico inminente en virtud de que el niño estaba en el acto de la fuerza física, según se pone de manifiesto en los tres siguientes:

- A. El(los) acto(s) ocurrió mientras otra persona estaba en el acto de utilizar la fuerza física. «En el acto» comienza con el inicio de una conducta motriz que típicamente originaría un acto de fuerza física (p. ej., impulsándose para golpearlo o golpearla) y termina cuando el empleo de la fuerza ya no es inminente.
- B. La única función del (de los) acto(s) fue detener el uso de la fuerza física por otra persona.
- C. Los actos implicaron fuerza mínimamente suficiente para detener el empleo de la fuerza física por otros.

fueron aplicados a familias con supuestos casos de maltrato en su seno familiar, no a una población clínica más general. En tercer lugar, los procesos utilizados en este contexto difieren levemente de los utilizados en el contexto civil. Aunque todas las evaluaciones clínicas fueron realizadas por personal cualificado, un comité determinó si efectivamente alguien cumplía con los criterios.

Paso 1: Examen de la validez del contenido y de la aplicabilidad práctica de los criterios existentes

Puesto que estábamos formulando por esfuerzo propio nuestras definiciones utilizando las definiciones existentes como un punto de partida, realizamos dos estudios de validez de contenido empleando los criterios de maltrato familiar que se es-

Tabla 3. Criterios para el problema de paternidad

- A.** Considerando las necesidades de desarrollo del niño, sus cuidados se salen notablemente de los límites de lo normal, según se refleja en una de las siguientes manifestaciones:
- 1) Dificultades constantes para los cuidados que implican cualquiera de los siguientes o ambos:
 - a. Una falta de participación (p. ej., el progenitor no está apegado ni brinda una relación de amor al niño).
 - b. Participación excesiva (p. ej., el padre es tan protector que al adolescente joven no se le brinda ninguna comunicación privada con amigos; el niño no puede participar en opciones con respecto a cómo invertirá su tiempo).
 - 2) Dificultades notables en por lo menos un aspecto de la paternidad, lo que incluye, pero no está limitado a:
 - a. Falta de vigilancia adecuada del niño (p. ej., no supervisión de las actividades de un niño pequeño; el darse cuenta en grado insuficiente de las actividades del adolescente).
 - b. Notable falta de apoyo, o interferencia activa en, una actividad vital mayor clave.
 - c. Disciplina excesiva o inadecuada (que no cumple con los criterios para maltrato del niño).
 - d. Presión excesiva sobre el niño para participar en una sola actividad o interés (p. ej., deportes).
 - e. Falta de socialización del niño por límites inexistentes o mal implementados.
- B.** Impacto significativo en el niño que implique cualquiera de lo siguiente:
- 1) Lesión física más que insignificante.
 - 2) Daño psicológico, que comprende:
 - a. Una reacción de temor más que insignificante.
 - b. Trastorno psiquiátrico en o cerca de los umbrales diagnósticos relativos a la dificultad para brindar cuidado o exacerbados por la misma.
 - 3) Síntomas somáticos relacionados con el estrés (relacionado con o exacerbado por la dificultad para el cuidado) que interfieren significativamente en el funcionamiento normal del niño.
 - 4) Potencial razonable de una lesión física más que insignificante debido a la peligrosidad inherente de la dificultad para brindar cuidado y el entorno físico del niño.
 - 5) Potencial razonable de daño psicológico. Nota: el grado de funcionamiento del niño y los factores de riesgo y de flexibilidad presentes habrán de tomarse en cuenta.
 - a. Potencial razonable de presentar un trastorno psiquiátrico (en o cerca de los umbrales diagnósticos) a consecuencia de la dificultad para brindar cuidado.
 - b. Potencial razonable para la alteración significativa del desarrollo físico, psicológico, cognitivo o social del niño a consecuencia de dificultades en los cuidados.

taban utilizando entonces en el Departamento de Defensa de EE.UU (31). Para optimizar la validez de contenido y clínica de los criterios potenciales, nos apegamos a la recomendación de Haynes y cols., (32) de conducir los estudios de validez del contenido recurriendo a expertos en maltrato familiar civiles y militares (Estudio 1) y a quienes utilizarían las definiciones (es decir, médicos de campo; Estudio 2).

El Estudio 1 (28) indicó que los criterios que operaban entonces eran adecuados pero podían mejorarse mediante: *a)* operacionalización de los términos; *b)* eliminación del solapamiento de definición de maltrato emocional y otras formas de maltrato y *c)* exclusión del requisito de que los médicos pronosticaran el riesgo de recidiva para observar que los incidentes cumplieran los criterios para el maltrato emocional o descuido del niño. En el Estudio 2 (28), los médicos de campo compartieron los puntos de vista de los expertos en el sentido de que, pese a ser generalmente comprensibles y contener muchos elementos clave del maltrato, las definiciones existentes necesitaban una

mayor operacionalización. Asimismo, con respecto al proceso de toma de decisiones, los médicos comunicaron que aspectos no contemplados en las definiciones influían en el proceso de toma de decisiones o hacían que el comité encargado de la toma de decisiones invalidara flagrantemente las definiciones.

Paso 2: Formulación del concepto y análisis de las conceptualizaciones y las operacionalizaciones existentes

En la creación de los criterios de maltrato, Heyman y Slep (28, 29) adoptaron el modelo conceptual parecido al DSM de que el maltrato físico y emocional de la pareja y del niño y el descuido del niño exigiría un tipo de acto específico (p. ej., el empleo de fuerza física para el maltrato físico) tanto como un impacto significativo (o acto potencial para el impacto significativo, como el disparar una escopeta a una esposa pero sin herirla). En virtud del supuesto riesgo de un impacto significativo del abuso sexual de la pareja y del abuso sexual de padre-niño, el modelo conceptual del abuso sexual exigía solamente un acto cualificador.

Paso 3: Evaluación exhaustiva y adaptación de las definiciones y operacionalizaciones legales, de investigación y clínicas existentes

El paso 3 implicó crear los criterios de maltrato, basándose en parte en los criterios previos del Departamento de Defensa de EE.UU y en las operacionalizaciones en las definiciones legales, de investigación o clínicas existentes que eran lo suficientemente específicas para favorecer la fiabilidad. Docenas de definiciones civiles y militares fueron analizadas en forma exhaustiva, incluidas las siguientes: Acta de Prevención y Tratamiento de Maltrato del Niño (33); definiciones de maltrato de la pareja del Centers for Disease Control (CDC) (34); el Sistema de Clasificación de Maltrato Modificado (35,36); las definiciones de organismos internacionales y nacionales relacionados con el abuso sexual del niño y términos relacionados, entre muchos de ellos, los de la NGO Grupo para la Convención sobre los Derechos del Niño, el Punto Focal sobre la Explotación Sexual de los Niños (37); las definiciones de la Encuesta Nacional sobre Incidencia de Maltrato y Descuido del Niño (38); los estatutos estatales sobre la violencia doméstica (39); los estatutos estatales sobre maltrato del niño (40); las definiciones del Departamento de Defensa de EE.UU de vigencia en curso con sus modificaciones propuestas (31, 41-43); y las definiciones de maltrato de la pareja recomendadas por la Fuerza Operativa de Defensa en la Violencia Doméstica (44).

Paso 4: Pruebas de campo

El siguiente paso (estudio 3), una prueba de campo preliminar realizada en cinco lugares (28), dirigida a capacitar al personal clínico y a otros miembros del comité de determinación de casos en cinco lugares para el empleo de estas definiciones; mejorar de manera iterativa las operacionalizaciones durante las pruebas de campo; y comparar las decisiones de maltrato con las de revisores expertos (es decir, del Grupo de Investigación de Aplicación a la Familia en la State University of New York en Stony Brook y de los centros directivos de la Air Force Family Advocacy en San Antonio, Texas).

El acuerdo entre los comités y los revisores expertos fue moderado. Basándose en reuniones de trabajo para el seguimiento antes de la prueba de campo, Heyman y Slep (28) estimaron que las decisiones del comité se apegaban a las definiciones antiguas en aproximadamente un 50% de los casos. Sin embargo, utilizando las nuevas definiciones, el 76% ($\kappa = .48$) de los alegatos fueron decididos por los comités de base de la misma forma que por los revisores expertos (Tabla 4). Aunque esto no representó una mejora, ni un acuerdo del 76% ni una kappa de Cohen de .48 podrían considerarse adecuados.

Para la segunda prueba de campo, el Estudio 4 (28), se realizaron varios cambios. En primer lugar, para hacer el proceso de evaluación compatible en todos los sitios y garantizar que se estaba evaluando la información pertinente, ideamos una entrevista clínica estructurada que fue paralela a los criterios diagnósticos de cada forma de maltrato familiar. A los médicos que realizaron la evaluación se les proporcionaron estas preguntas y se les instruyó para su uso. En segundo lugar, los comités entonces vigentes (que comprendían principalmente al personal de los servicios) parecieron tener dificultades para sopesar únicamente la información pertinente a los criterios; nuestros colaboradores de la Fuerza Aérea de EE.UU decidieron modificar la composición de quienes participaron en el comité de determinación.

En tercer lugar, la presentación de la información se modificó drásticamente. El proceso anterior (utilizado en la prueba de campo preliminar) implicó un resumen realizado por el médico que llevó a cabo la evaluación, el cual a menudo no presentó de manera directa información pertinente a los criterios. En el Estudio 4, todos los miembros del comité que tenían información pertinente la presentaron (p. ej., el médico evaluador, el policía, el supervisor de trabajo). En cuarto lugar, se echaron los votos para cada criterio por separado, con la ayuda de una matriz de decisión computadorizada que presentaba las decisiones diagnósticas que había que tomar.

Según se muestra en la Tabla 4, en el 92% de los casos ($\kappa = .84$), las decisiones en el campo con respecto a si el maltrato cumplía o no los umbrales diagnósticos o los superaba fueron equiparadas a los de los revisores expertos. Este grado excepcional de fiabilidad indicó que el refinamiento de los criterios había tenido éxito.

Paso 5: Prueba del uso de criterios diagnósticos en la difusión a gran escala

Aunque el segundo estudio implicó decisiones generadas en campo bajo condiciones de la vida real, claramente fue un estu-

dio de efectividad y no nos dice nada del desempeño del sistema diagnóstico cuando se difunde ampliamente. Fue necesaria una prueba de difusión del uso del sistema diagnóstico bajo condiciones típicas en muchos lugares. Dado que el sistema diagnóstico se estaba difundiendo a todo el mundo a través de la organización, pudimos seleccionar en forma aleatoria 41 poblaciones para que participaran en un ensayo.

Según se muestra en la Tabla 4, se mantuvo en alto grado el acuerdo entre las decisiones generadas en campo y las de revisores expertos. El mantenimiento del acuerdo adecuado es muy digno de notar, dada la carencia relativa de experiencia y capacitación de la mayoría de los que utilizan los criterios diagnósticos y las características del procedimiento operativo estándar de los lugares participantes (es decir, no fueron «lugares de prueba de voluntarios especiales», como en el ensayo de eficacia). Estos resultados son muy alentadores e indican que los sistemas diagnósticos para los problemas relacionales pueden de hecho aplicarse de manera fiable en circunstancias de la vida real pese a los resultados desalentadores que en la bibliografía general sobre el DSM se han comunicado hasta el momento (45-48).

Paso 6: Selección/creación de medidas de detección basadas en los criterios y entrevistas clínicas estructuradas

Dado que la adopción clínica de las series de criterios es improbable si no existen medidas que ayuden a la detección sistemática y a las evaluaciones estructuradas, hemos ideado herramientas para la detección sistemática en dos etapas (es decir, detección mediante cuestionarios rápidos y una serie de entrevistas clínicas estructuradas que siguieron el modelo de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, SCID-I) a utilizarse en el ejercicio clínico y en la investigación para las 11 formas de problemas relacionales antes enumeradas. En los meses sucesivos, nuestro plan es poner a prueba estas variables en un contexto clínico.

Paso 7: Examen de la validez del contenido de los criterios finales

En la actualidad, estamos evaluando las valoraciones de los expertos con respecto a la validez del contenido de las 11 series de criterios propuestos para los problemas relacionales. Los datos iniciales de las series de datos sobre maltrato indicaron que los expertos tenían escasas recomendaciones para las mejoras.

Tabla 4. Acuerdo entre las decisiones de campo y los revisores expertos

Tipo de maltrato	Estudio de campo preliminar			Estudio de campo 2			Prueba de difusión		
	κ	Acuerdo (%)		κ	Acuerdo (%)		κ	Acuerdo (%)	
		n			n			n	
<i>Maltrato de pareja (todos los tipos)</i>	.50	74	143	.81	90	320	.85	92	549
Físico	.50	76	103	.82	91	233	.84	92	435
Emocional	.33	70	40	.76	89	79	.83	93	109
Sexual	-	-	0	.75	88	8	.62	80	5
<i>Maltrato del niño (todos los tipos)</i>	.49	78	184	.87	94	236	.75	88	342
Físico	.55	80	46	.92	96	76	.82	91	115
Emocional	.24	59	27	.89	96	47	.73	90	60
Sexual	.67	83	12	1.00	100	12	.89	95	19
Descuido	.55	81	99	.80	91	101	.66	84	148
<i>Casos totales</i>	.48	76	327	.84	92	556	.82	91	891

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se han creado criterios diagnósticos matizados, multifacéticos y con validez de contenido para los problemas relacionales y pueden utilizarlos de manera fiable en la práctica aun quienes cuentan con escasa a nula capacitación/formación clínica. El empleo de definiciones de este tipo probablemente conduciría a una toma de decisiones más fiable en la práctica y a mayor congruencia entre los estudios. Es notable no sólo que las decisiones de campo de manera fiable coinciden con las decisiones de expertos para los problemas relacionales, sino que este acuerdo fue mayor que el que por lo general se comunica para los trastornos mentales del DSM. Aunque no sean concluyentes, los escasos estudios sobre los diagnósticos del DSM que ponen a prueba la concordancia de los diagnósticos por los médicos de campo y los diagnósticos de la SCID bajo los «criterios estándar» han indicado grados de acuerdo problemáticos (49).

Basco y cols., (45) comunicaron un acuerdo deficiente ($\kappa = .13-.45$) entre los diagnósticos de DSM establecidos por médicos de campo y los de analizadores expertos utilizando entrevistas estructuradas (a veces complementadas con otras fuentes de datos). Kashner y cols., (46) comunicaron concordancias equitables entre los diagnósticos del médico y los diagnósticos de la SCID ($\kappa = .20-.30$), excepto para los diagnósticos de enfermedades mentales graves ($\kappa = .52-.60$). Asimismo, un estudio de pacientes psicóticos internados por primera vez (47) comunicó un acuerdo aceptable entre los médicos y los analizadores expertos basados en la SCID ($\kappa = .51-.73$), pero sólo para hospitales académicos y públicos; los acuerdos entre los médicos de hospitales públicos y los investigadores fueron insuficientes ($\kappa = .13-.34$). Compárese esto con la decisión de campo frente al acuerdo por revisores expertos en la prueba de difusión del maltrato ($\kappa = .66-.89$ en siete formas de maltrato; $\kappa = .82$ global).

Aunque nuestros criterios diagnósticos fueron utilizados de manera fiable y demostraron validez de contenido, se necesitan más estudios para documentar con más solidez la validez del concepto. Hemos comenzado tales estudios, pero aún no tenemos los resultados que pueden esclarecer la validez de las definiciones, y que logren que los problemas relacionales estén de acuerdo con el resto de los documentados en el DSM, para bien o para mal. El ex Director del National Institute of Mental Health, Steven Hyman resumió las opiniones casi generalmente reconocidas sobre los criterios diagnósticos incompleta y variablemente validados de manera fundamentada: «Si una fortaleza relativa del DSM es que se centra en la fiabilidad, una debilidad fundamental radica en problemas relacionados con la validez. No sólo persiste, sino que cobra más importancia la cuestión de si el DSM-IV-CR verdaderamente capta las características en las coyunturas —es decir, si las entidades descritas en el manual son «verdaderamente clases naturales» y no quimeras arbitrarias» (50). Se podría añadir problemas relacionales a la lista de diagnósticos fiables derivados de conceptos fundamentados en la búsqueda de pruebas de que son clases naturales, y si lo son, de que los criterios actuales de manera óptima los distinguen. Es preciso realizar en lo futuro estudios para documentar la validez convergente, discriminada, discriminativa y predictiva de los criterios.

Por último, deberían utilizarse métodos taxométricos para investigar si el hacer distinciones cualitativas es sustentable

desde el punto de vista empírico. Algunas investigaciones iniciales implican que esto es aplicable a los problemas relacionales de pareja (51, 52) y se ha conjeturado en muchos ámbitos para el maltrato de la pareja (53).

En conclusión, los síndromes o patrones conductuales o psicológicos clínicamente importantes ocurren entre familiares y se relacionan con sufrimiento o discapacidad actual o con un riesgo significativamente mayor de deceso, dolor, invalidez y pérdidas importantes de la libertad. La bibliografía revisada antes brevemente documenta de manera contundente tanto los síndromes y patrones de los problemas relacionales como sus secuelas importantes. Se han establecido criterios para 11 de estos problemas relacionales —modelados basándose en los diagnósticos actuales del DSM—, junto con cuestionarios de detección y entrevistas clínicas estructuradas de una manera similar a la SCID que operacionaliza los criterios para cada problema. El subgrupo más estudiado de criterios sobre los problemas relacionales —los correspondientes al maltrato de pareja y del niño— ha mostrado grados notablemente elevados de fiabilidad cuando se utilizan en el campo, a niveles de acuerdo nunca alcanzados por los diagnósticos del DSM para los individuos.

La ciencia, los servicios asistenciales, las familias, los individuos y el propio DSM, se beneficiarían de incluir los criterios diagnósticos para los problemas relacionales y considerar las diversas opciones para la ubicación de los problemas/procesos de relación en el DSM-V.

Agradecimientos

La investigación empírica analizada en este artículo fue respaldada por los contratos CR-19191B-545810 y CR-19191-428142 de US Air Force y US Department of Agriculture. También agradecemos encarecidamente una beca del Fetzer Institute, que en parte ha respaldado el proceso de la redacción de este artículo y también en parte respaldó el desarrollo de las medidas de detección de los problemas relacionales y la obtención y la creación de la entrevista estructurada. Las opiniones expresadas en este artículo son únicamente las de los autores y no necesariamente representan los puntos de vista oficiales del Gobierno de EE.UU., el Departamento de Defensa de EE.UU. o el Departamento de la Fuerza Aérea de EE.UU.

World Psychiatry 2009;8:7-14

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revised. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
2. Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA. DSM-IV sourcebook, Vol. 3. Washington: American Psychiatric Association, 1997.
3. Heyman RE, Feldbau-Kohn SR, Ehrensaft MK et al. Can questionnaire reports correctly classify relationship distress and partner physical abuse? *J Fam Psychol* 2001;15:334-46.
4. Slep AMS, Heyman RE. Where do we go from here? Moving toward an integrated field of family violence. *Aggression and Violent Behavior* 2001;6:353-6.
5. Heyman RE, Slep AMS. Creating and field-testing diagnostic criteria for partner and child maltreatment. *J Fam Psychol* 2006;20:397-408.
6. Straus MA. The Conflict Tactics Scales and its critics: an evaluation and new data on validity and reliability. In: Straus MA, Gelles RJ (eds). *Physical violence in American families: risk factors and adaptation to violence in 8,145 families*. New Brunswick: Transaction Publishing, 1990:3-16.

7. White JW, Smith PH, Koss MP et al. Intimate partner aggression. What have we learned? Comment on Archer. *Psychol Bull* 2000;126:690-6.
8. 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.
9. Mrazek PJ, Haggerty RJ. Illustrative preventive intervention research programs. In: Mrazek PJ, Haggerty RJ (eds). *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press, 1994:215-313.
10. Beach SRH, Wamboldt M, Kaslow NJ et al. Describing relationship problems in DSM-V: toward better guidance for research and clinical practice. *J Fam Psychol* 2006;20:359-68.
11. Beach SRH, Wamboldt M, Kaslow NJ et al. Relational processes and mental health: a bench to bedside dialogue to guide the DSM-V. In: Beach SRH, Wamboldt M, Kaslow N (eds). *Relational processes and DSM-V: neuroscience, assessment, prevention, and treatment*. Washington: American Psychiatric Press, 2006:1-20.
12. Whisman MA, Bruce ML. Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in a community sample. *J Abnorm Psychol* 1999;108:674-8.
13. Whisman MA. Marital dissatisfaction and psychiatric disorders: results from the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol* 1999;108:701-6.
14. Beach SRH, Kim S, Cercone-Keeney J et al. Physical aggression and depression: gender asymmetry in effects? *J Soc Pers Relat* 2004;21:341-60.
15. Cano A, O'Leary KD. Infidelity and separations precipitate major depressive episodes and symptoms of nonspecific depression and anxiety. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:774-81.
16. Kendler KS, Hettema JM, Butera F et al. Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:789-96.
17. Reiss D, Pedersen NL, Cederblad M et al. Genetic probes of three theories of maternal adjustment: I. Recent evidence and a model. *Fam Process* 2001;40:247-59.
18. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003;301:386-99.
19. Beach SRH. *Marital and family processes in depression: a scientific foundation for clinical practice*. Washington: American Psychological Association, 2001.
20. O'Farrell TJ, Fals-Stewart W. Alcohol abuse. *J Marital Fam Ther* 2003;29:121-46.
21. Miklowitz DJ. The role of family systems in severe and recurrent psychiatric disorders: a developmental psychopathology view. *Dev Psychopathol* 2004;16:667-88.
22. Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychol Bull* 2002;128:330-66.
23. Cadoret RJ, Winokur G, Langbehn D et al. Depression spectrum disease: I. The role of gene-environment interaction. *Am J Psychiatry* 1996;153:892-9.
24. Tienari P, Wynne LC, Moring J et al. The Finnish adoptive family study of schizophrenia: implications for family research. *Br J Psychiatry* 1994;164:20-6.
25. Liu D, Diorio J, Tannenbaum B et al. Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. *Science* 1997;277:1659-62.
26. Suomi SJ. Developmental trajectories, early experiences, and community consequences: lessons from studies with rhesus monkeys. In: Keating D, Hertzmann C (eds). *Developmental health and the wealth of nations: social, biological, and educational dynamics*. New York: Guilford, 1999:185-200.
27. Gallo LC, Troxel WM, Matthews KA et al. Marital status and quality in middle-aged women: associations with levels and trajectories of cardiovascular risk factors. *Health Psychol* 2003;22:453-63.
28. Heyman RE, Slep AMS. Creating and field-testing diagnostic criteria for partner and child maltreatment. *J Fam Psychol* 2006;20:397-408.
29. Slep AMS, Heyman RE. Creating and field-testing child maltreatment definitions: improving the reliability of substantiation determinations. *Child Maltreat* 2006;11:217-36.
30. Heyman RE, Slep AMS. Reliability of family maltreatment diagnostic criteria: 41 site dissemination field trial. Submitted for publication.
31. Office of the Under Secretary of Defense. DoD directive 6400.2. Washington: Office of the Under Secretary of Defense for Personnel and Readiness, 1997.
32. Haynes SN, Richard DCS, Kubany ES. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. *Psychol Assess* 1995;7:238-47.
33. US Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau, Office on Child Abuse and Neglect. *The child abuse prevention and treatment act*. Washington: US Department of Health and Human Services, 2003.
34. Saltzman LE, Fanslow JL, McMahon PM et al. *Intimate partner violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements, Ver. 1.0*. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 1999.
35. Barnett D, Manly JT, Cicchetti D. Continuing toward an operational definition of psychological maltreatment. *Dev Psychopathol* 1991;3:19-29.
36. Barnett D, Manly JT, Cicchetti D. Defining child maltreatment: the interface between policy and research. In: Cicchetti D, Toth SL (eds). *Advances in applied developmental psychology: child abuse, child development and social policy*. Norwood: Ablex Publishing, 1993:7-73.
37. NGO Group for the Convention on the Rights of the Child, Focal Point on the Sexual Exploitation of Children. *Definitions of child sexual exploitation and related terms*. NGO Group for the Convention on the Rights of the Child, 2000.
38. Sedlak AJ, Broadhurst DD. *Third national incidence study of child abuse and neglect*. Washington: National Center on Child Abuse and Neglect, 1996.
39. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect. *Compendium of laws, definitions of domestic violence*. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect, 2003.
40. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect. *Compendium of Laws, Reporting Laws: definitions of Child Abuse and Neglect*. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect, 2003.
41. Office of the Under Secretary of Defense. Proposed DoD directive 6400.2 (draft). Unpublished manuscript, May 25, 1999.
42. Office of the Under Secretary of Defense. Proposed DoD directive 6400.2 (draft). Unpublished manuscript, December 25, 2000.
43. Office of the Under Secretary of Defense. Proposed DoD directive 6400.2 (draft). Unpublished manuscript; February 22, 2002.
44. Defense Task Force on Domestic Violence. *Initial report of the Defense Task Force on Domestic Violence*. Defense Task Force on Domestic Violence, 2001.
45. Basco MR, Bostic JQ, Davies D et al. Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting. *Am J Psychiatry* 2000;157:1599-605.
46. Shear M, Greeno C, Kang J et al. Diagnosis of nonpsychotic patients in community clinics. *Am J Psychiatry* 2000;157:581-7.
47. Kashner T, Rush A, Suris A et al. Impact of structured clinical interviews on physicians' practices in community mental health settings. *Psychiatr Serv* 2003;54:712-8.
48. Fennig S, Craig T, Tanenberg-Karant M et al. Comparison of facility and research diagnoses in first-admission psychotic patients. *Am J Psychiatry* 1994;151:1423-9.
49. First MB. The reliability of psychiatric diagnoses: counterpoint - There isn't enough evidence available to speculate on the reliability of diagnoses in clinical settings. *Psychiatry* 2007;4:22-5.
50. Hyman SE. Foreword. In: Phillips KA, First MB, Pincus HA (eds). *Advancing DSM: dilemmas in psychiatric diagnosis*. Washington: American Psychiatric Association, 2003:xi-xxi.
51. Beach SRH, Fincham FD, Amir N et al. The taxometrics of marriage: is marital discord categorical? *J Fam Psychol* 2005;19:276-85.
52. Whisman MA, Beach SRH, Snyder DK. Is marital discord taxonomic and can taxonomic status be assessed reliably? Results from a national, representative sample of married couples. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:45-755.
53. Heyman RE, Slep AMS. Relational diagnoses: from reliable rationally-derived criteria to testable taxonomic hypotheses. In: Beach SRH, Wamboldt M, Kaslow N et al (eds). *Relational processes and DSM-V: neuroscience, assessment, prevention, and treatment*. Washington: American Psychiatric Press, 2006:139-56.

Síndrome metabólico en personas con esquizofrenia: una revisión

MARC DE HERT¹, VINCENT SCHREURS¹, DAVY VANCAMPFORT², RUUD VAN WINKEL^{1,3}

¹University Psychiatric Center, Catholic University Leuven, Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg, Belgium

²Department of Rehabilitation Sciences, Faculty of Kinesiology and Rehabilitation Sciences, Catholic University Leuven, Belgium

³Department of Psychiatry and Neuropsychology, EURON, South Limburg Mental Health Research and Teaching Network, Maastricht University Medical Centre, Maastricht, The Netherlands

El síndrome metabólico y otros factores de riesgo cardiovascular son muy frecuentes en personas con esquizofrenia. Los pacientes corren riesgo de una mortalidad prematura y en general tienen un acceso limitado a la asistencia sanitaria física. Estos factores de riesgo cardiometabólicos son atribuibles en parte a un estilo de vida no saludable, lo que comprende una alimentación deficiente y una conducta sedentaria. Sin embargo, en los últimos años ha resultado evidente que los antipsicóticos pueden tener una repercusión negativa en algunos de los factores de riesgo modificables. El psiquiatra debe tomar en cuenta los posibles efectos secundarios metabólicos de los fármacos antipsicóticos y considerarlos en la evaluación del riesgo y el beneficio al seleccionar un antipsicótico específico. Asimismo, debería encargarse de implementar las evaluaciones de detección necesarias y la remisión del paciente para que reciba el tratamiento de cualquier enfermedad física. Se necesita una valoración multidisciplinaria de los trastornos psiquiátricos y médicos. Los tratamientos somáticos que se ofrecen a las personas con enfermedades mentales graves y crónicas deberían ir a la par de la atención sanitaria general que se brinda a la población sin enfermedades psiquiátricas.

Palabras clave: Síndrome metabólico, esquizofrenia, antipsicóticos.

Las personas con enfermedades mentales graves (EMG), como la esquizofrenia, tienen una menor esperanza de vida que la población general (1-13). Su riesgo de defunción es dos a tres veces mayor y en los últimos decenios se ha ensanchado esta brecha de mortalidad inherente a las enfermedades mentales en comparación con la población general (13). Las personas con enfermedades mentales graves tienen casi el doble del riesgo normal de morir por enfermedades cardiovasculares (ECV) (1-13).

En el ámbito psiquiátrico, en los últimos años esto ha llevado a una preocupación creciente sobre las enfermedades físicas en personas con EMG, específicamente el riesgo para las ECV (14-24). Las personas con EMG tienen más probabilidades de tener sobrepeso, de fumar y de presentar hiperglucemia, diabetes, hipertensión y dislipidemia (Tabla 1). No obstante un riesgo general mayor de trastornos concomitantes somáticos, los pacientes esquizofrénicos tienen un acceso más deficiente a la atención médica física y una menor calidad en la misma (7, 25-27).

Estos factores de riesgo cardiometabólicos son atribuibles en parte a un estilo de vida no saludable, lo que comprende una dieta deficiente y una conducta sedentaria. Sin embargo, en años recientes ha resultado evidente que los antipsicóticos (AC) pueden tener una repercusión negativa en algunos de los factores de riesgo modificables (7, 14, 15-42) (Tabla 2). Parte de esta repercusión negativa puede atribuirse a la tendencia de algunos psicóticos a producir un aumento de peso importante. Un estudio reciente indica que estos cambios metabólicos son independientes de la dosis (42).

El síndrome metabólico (SM) integra una serie de datos clínicos y metabólicos anormales que predicen un riesgo para las ECV, aunque hay un debate persistente en torno al empleo de este término (44-50). Las causas del SM no están bien dilucidadas, pero la adiposidad visceral y la resistencia a la insulina desempeñan un papel central. Las definiciones más común-

mente utilizadas para el SM son la del Grupo para el Tratamiento de los Adultos III (ATP III) del Programa Nacional para Educación sobre el Colesterol (NCEP, por sus siglas en inglés) (46), y el ATP III-A con adaptaciones que fue propuesto por la American Heart Association después que la American Diabetes Association redujo el umbral para la alteración de la glucosa en

Tabla 1. Prevalencia estimada y riesgo relativo (RR) de los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en individuos con esquizofrenia o trastorno bipolar en comparación con la población general (16)

Prevalencia estimada, % (RR)		
Factores de riesgo modificables	Esquizofrenia	Trastorno bipolar
Obesidad	45-55 (1,5-2)	21-49 (1-2)
Tabaquismo	50-80 (2-3)	54-68 (2-3)
Diabetes	10-15 (2)	8-17 (1,5-2)
Hipertensión	19-58 (2-3)	35-61 (2-3)
Dislipidemia	25-69 (<5)	23-38 (<3)
Síndrome metabólico	37-63 (2-3)	30-49 (1,5-2)

Tabla 2. Antipsicóticos de segunda generación y alteraciones metabólicas (14, 41, 107-109)

Antipsicóticos	Aumento de peso	Riesgo de diabetes	Empeoramiento del lipidograma
Clozapina	+++	+	+
Olanzapina	+++	+	+
Risperidona	++	¿?	¿?
Quetiapina	++	¿?	¿?
Aripiprazol	+	Ningún informe	Ningún informe
Ziprasidona	+	Ningún informe	Ningún informe
Amisulprida	+	Ningún informe	Ningún informe

Tabla 3. Definiciones del síndrome metabólico (45-48)

	ATP III (son necesarios 3 de 5 criterios)	ATP III A (son necesarios 3 de 5 criterios)	IDF (son necesarios el perímetro de la cintura más 2 criterios)
Perímetro de la cintura (cm)	M >102, F >88	M >102, F >88	M > 94, F > 80
Presión arterial	> 130/85*	> 130/85*	> 130/85*
HDL (mg/100 ml)	M <40, F <50	M <40, F <50	M <40, F <50
Triglicéridos (> 150 mg/100 ml)	> 150	> 150	> 150
Glucemia (mg/100 ml)	> 110**	> 100**	> 100**

ATP: Protocolo del Tratamiento del Adulto; IDF: Federación Internacional para la Diabetes.

*o tratado con fármaco antihipertensivo; **o tratado con insulina o fármaco hipoglucémico.

ayunas a 100 mg/100 ml (45, 47). Una definición más reciente, la de la International Diabetes Federation (45, 49), resaltó la importancia del perímetro de la cintura, utilizando criterios más estrictos y específicos de etnias y razas (Tabla 3).

En la población general, la presentación del síndrome metabólico es un pronosticador potente de ECV, mortalidad por ECV y diabetes (50-58).

Una declaración conjunta de la American Diabetes Association y de la European Association for the Study of Diabetes recientemente llegó a la conclusión de que el síndrome metabólico se ha definido de una manera imprecisa, que hay una incertidumbre en torno a su patogenia y que existen considerables dudas con respecto a su utilidad como un marcador de riesgo de ECV. Recomendaron que, hasta que se realicen más investigaciones, los médicos habrán de evaluar y tratar todos los factores de riesgo para ECV independientemente de que los pacientes cumplan o no con los criterios para el diagnóstico del síndrome metabólico (59, 60).

El concepto del síndrome metabólico ha llegado a la bibliografía psiquiátrica y ha ayudado a los médicos psiquiatras a centrarse más en el riesgo de ECV en pacientes tratados con antipsicóticos (34, 35, 61).

Llevamos a cabo un análisis sistemático sobre la prevalencia y la incidencia del síndrome metabólico en pacientes que padecen esquizofrenia. Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de los artículos pertinentes en dos pasos. Primeramente, los artículos publicados hasta el 1 de agosto de 2008 fueron identificados mediante una búsqueda en PubMed, utilizando como palabras clave síndrome metabólico, antipsicótico(s), trastorno psicótico y esquizofrenia. En segundo lugar, se realizó una búsqueda manual basándose en la bibliografía de los artículos identificados.

Desde el primer documento sobre el síndrome metabólico en los pacientes con esquizofrenia que se publicó en 2003, se han dado a conocer más de 30 estudios. En las Tablas 4 y 5 se muestran los estudios de prevalencia e incidencia utilizando diferentes criterios para el ECM (62-99). Los estudios en diferentes grupos étnicos una y otra vez demuestran las prevalencias elevadas del síndrome metabólico en los pacientes esquizofrénicos. Si se dispone de los datos de la población para comparar, las tasas de SM son dos a tres tantos más elevadas en los pacientes. En los estudios en los que fue posible una comparación entre los medicamentos antipsicóticos, se confirmó un riesgo metabólico relativo diferencial entre los fármacos.

En el estudio más extenso, Ensayos sobre la Eficacia de la Intervención Clínica con Antipsicóticos (CATIE, por sus siglas en inglés), alrededor de un tercio de los pacientes cumplieron los criterios del NCEP para el síndrome metabólico al inicio del estudio (82, 83). Una observación problemática fue que el 88% de los pacientes dislipidémicos no estaban recibiendo tratamiento, lo mismo que 62% de los pacientes hipertensos y un 38% de los diabéticos (100). Algunos fármacos antipsicóticos se asociaron más que otros a un mayor número de efectos adversos importantes sobre el peso, los lípidos y el metabolismo de la glucosa (25, 41, 84).

En un estudio belga extenso se observaron tasas similares del síndrome metabólico, que fueron dos a tres tantos más elevadas que en la muestra de población ajustada con respecto a la edad (71, 72). La prevalencia de la diabetes por grupos de edad fue cuatro a cinco tantos mayor en los esquizofrénicos que en la población general.

En un estudio reciente del síndrome metabólico en pacientes a los que se diagnosticó esquizofrenia en 200-2006 en comparación con 1984-1995, en los que comenzaron con antipsicóticos de segunda generación (ASG) fue mayor del doble la frecuencia de nuevos casos de síndrome metabólico después de tres años, en comparación con los tratados con antipsicóticos de primera generación (27,8% frente a 9,8%) (73). En los pacientes sin síndrome metabólico basal, el riesgo de presentar esta combinación de alteraciones metabólicas fue significativamente mayor en los que comenzaron con ASG (cociente de posibilidades de 3,6).

En cuanto al mayor riesgo de ECM y otras alteraciones metabólicas de los pacientes esquizofrénicos, en la bibliografía se plantean tres causas complementarias y parcialmente solapadas: factores relacionados con el estilo de vida, aspectos inherentes a los trastornos psicóticos y medicación antipsicótica. En una serie de estudios recientes se analiza el riesgo genético subyacente para la aparición de las alteraciones metabólicas (76, 85, 101). Se necesitarán más estudios en lo futuro para abordar las posibles interacciones genético-ambientales con antipsicóticos específicos (101).

Las personas esquizofrénicas tienen en promedio un estilo de vida que aumenta su riesgo de presentar el SM: estilo de vida sedentario, falta de actividad física con regularidad, ingesta deficiente de alimentos, consumo de drogas y altas tasas de tabaquismo (25, 38, 39). Algunos de estos factores relacionados con el estilo de vida están sujetos a la influencia de aspectos de la enfermedad, como síntomas negativos y vulnerabilidad al estrés. Otros estudios han demostrado una mayor susceptibilidad de las

Tabla 4. Prevalencia del síndrome metabólico (SM) en personas con esquizofrenia

Estudio	País	N	Diseño	Media de edad	% de SM	Criterios
Heiskanen y cols. (78)	Finlandia	35		44,5	37,1	ATP III
Almeras y cols. (62)	Canadá	42	Olanzapina	31,7	33,0	ATP III
	Canadá	45	Risperidona	28,4	11,0	ATP III
Basu y cols. (65)	EE.UU	33	Trastorno esquizoafectivo	44,5	42,4	ATP III
Cohn y cols. (68)	Canadá	240		42,7	44,6	ATP III
Kato y cols. (80)	EE.UU	48		40,3	63,0	ATP III
Straker y cols. (96)	EE.UU	89		39,8	9,2	ATP III
Meyer y cols. (83)	EE.UU	1.231		42,8	35,8	ATP III
McEvoy y cols. (82)	EE.UU	342	Hombres blancos	39,8	40,9	ATP III
		92	Mujeres blancas	44,2	56,2	ATP III
Saari y cols. (88)	Finlandia	31		31,0	19,4	ATP III
Correll y cols. (69)	EE.UU	367		42,9	37,3	ATP III
De Hert y cols. (71)	Bélgica	430		36,5	32,3	ATP III-A
De Hert y cols. (72)	Bélgica	415		37,7	33,3	IDF
		100	Primer episodio (duración máxima de 2 años de la enfermedad)	25,7	17,0	IDF
		130	Duración de la enfermedad <10 años	29,0	28,5	IDF
		106	Duración de la enfermedad 10 a 20 años	39,0	42,4	IDF
		79	Duración de la enfermedad >20 años	49,8	49,4	IDF
Hagg y cols. (77)	Suecia	269		46,0	34,6	ATP III
Lamberti y cols. (81)	EE.UU	93	Clozapina	34,4	53,8	ATP III
Meyer y cols. (84)	EE.UU	80		49,0	51,2	ATP III
Bobes y cols. (66)	España	1.452		40,7	24,6	ATP III
Correll y cols. (70)	EE.UU	294	Monoterapia antipsicótica	43,6	34,3	ATP III
De Hert y cols. (73)	Bélgica	208	3 meses después de iniciar antipsicóticos	33,7	27,9	ATP III-A
		23	3 meses después de comenzar amisulprida	33,7	13,0	ATP III-A
		31	3 meses después de comenzar aripiprazol	33,7	9,7	ATP III-A
		25	3 meses después de comenzar clozapina	33,7	56,0	ATP III-A
		54	3 meses después de comenzar olanzapina	33,7	33,3	ATP III-A
		25	3 meses después de iniciar quetiapina	33,7	32,0	ATP III-A
		50	3 meses después de comenzar risperidona	33,7	24,0	ATP III-A
L'Italien y cols. (79)	EE.UU	155	Estudios de placebo, placebo como variable	41,4	25,8	ATP III
		267	Estudios con placebo, aripiprazol como variable	40,7	19,9	ATP III
		373	Estudios de comparación con activo, olanzapina como variable	37,7	41,6	ATP III
		380	Estudios de comparación con activo, aripiprazol como variable	37,6	27,9	ATP III
Mulder y cols. (85)	Países Bajos	112		36,0	25,0	ATP III
Sicras-Mainar y cols. (94)	España	742	Diagnóstico diferente tratado con antipsicóticos	55,1	27,0	ATP III
		57		37,5	35,0	IDF
Srisurapanont y cols. (95)	Tailandia	38		53,7	36,2	ATP III
		44		44,3	31,8	ATP III-A
Suvisaari y cols. (97)	Finlandia	108		34,6	34,0	ATP III-A
Teixeira and Rocha (98)	Brasil	122	Primer episodio, antes del tratamiento con APG	23,1	5,7	ATP III-A
		122	Primer episodio, APG durante 3 años	26,8	13,1	ATP III-A
Cerit y cols. (67)	Turquía	108	Primer episodio, antes del tratamiento con AFG	21,9	5,6	ATP III-A
De Hert y cols. (74)	Bélgica	108	Primer episodio, 3 años con APG	25,1	31,6	ATP III-A
		2.270		41,0	33,9	ATP III-A
De Hert y cols. (75)	Europa	58		36,3	40,0	ATP III-A
Ellingrod y cols. (76)	EE.UU	99	Primer episodio después del tratamiento	26,1	18,2	IDF
Saddichha y cols. (90)	India	433		38,0	34,0	ATP III
Schorr y cols. (91)	Países Bajos	53		35,0	45,0	ATP III
Schorr y cols. (92)	Países Bajos	260		28,0	35,0	ATP III
Schorr y cols. (93)	Países Bajos	503	Esquizofrenia	34,8	28,8	ATP III-A
van Winkel y cols. (99)	Bélgica	92	Trastorno esquizoafectivo	40,7	50,0	ATP III-A

APG: antipsicótico de primera generación; ASG: antipsicótico de segunda generación; ATP: Grupo para el Tratamiento de los Adultos; IDF: International Diabetes Federation

Tabla 5. Frecuencia del síndrome metabólico (SM) en personas con esquizofrenia

Estudio	País	N	Diseño	Media de edad	% de SM	Criterios
De Hert y cols. (71)	Bélgica	31	Aripiprazol basal	36,7	61,3	ATP III-A
			Aripiprazol como variable	36,7	29,0	ATP III-A
Attux y cols. (64)	Brasil	44	Seis meses del primer episodio	26,3	6,8	ATP III
De Hert y cols. (73)	Bélgica	155	Después de 3 meses de ASG	33,7	18,7	ATP III-A
		16	Después de 3 meses de amisulprida	33,7	6,3	ATP III-A
		16	Después de 3 meses de aripiprazol	33,7	0,0	ATP III-A
		20	Después de 3 meses de clozapina	33,7	45,0	ATP III-A
		45	Después de 3 meses de olanzapina	33,7	24,4	ATP III-A
		21	Después de 3 meses de quetiapina	33,7	19,1	ATP III-A
		37	Después de 3 meses de risperidona	33,7	10,8	ATP III-A
L'Italien y cols. (79)	EE.UU	91	Estudios con placebo, placebo	41,4	14,3	ATP III
		151	Estudios con placebo, aripiprazol	40,7	5,3	ATP III
		212	Estudios de comparación con activo, olanzapina	37,7	27,4	ATP III
		198	Estudios de comparación con activo, aripiprazol	37,6	15,7	ATP III
Saddichha y cols. (89)	India	30	Primer episodio a las 6 semanas	26,9	27,5	IDF
Srisurapanont y cols. (95)	Tailandia	35	Seguimiento natural a 1 año	34,7	20,0	IDF
De Hert y cols. (74)	Bélgica	122	Primer episodio, 3 años de AFG	26,8	9,8	ATP III-A
		108	Primer episodio, 3 años de AFG	25,1	27,8	ATP III-A
		8	Primer episodio, 3 años de amisulprida	25,1	12,5	ATP III-A
		10	Primer episodio, 3 años de aripiprazol	25,1	0,0	ATP III-A
		12	Primer episodio, 3 años de clozapina	25,1	50,0	ATP III-A
		34	Primer episodio, 3 años de olanzapina	25,1	41,3	ATP III-A
		24	Primer episodio, 3 años de quetiapina	25,1	12,6	ATP III-A
		20	Primer episodio, 3 años de risperidona	25,1	10,2	ATP III-A
Meyer y cols. (84)	EE.UU	164	Olanzapina basal	40,9	34,8	ATP III-A
			Después de 3 meses de olanzapina	40,9	43,9	ATP III-A
		147	Risperidona basal	40,9	30,6	ATP III-A
			Después de 3 meses de risperidona	40,9	30,6	ATP III-A
		143	Quetiapina basal	40,9	37,8	ATP III-A
			Después de 3 meses de quetiapina	40,9	37,1	ATP III-A
		77	Ziprasidona basal	40,9	37,7	ATP III-A
			Después de 3 meses de ziprasidona	40,9	9,9	ATP III-A
		129	Perfenazina basal	40,9	37,2	ATP III-A
			Después de 3 meses de perfenazina	40,9	38,0	ATP III-A
Schorr y cols. (93)	Países Bajos	260	Frecuencia a 12 meses	41,0	14,0	ATP III
			Reversibilidad a 12 meses	37,0	33,0	ATP III

APG: antipsicótico de primera generación; ASG: antipsicótico de segunda generación; ATP: Grupo de Tratamiento del Adulto; IDF: International Diabetes Federation.

personas esquizofrénicas a presentar alteraciones metabólicas aun cuando no estén recibiendo medicamentos antipsicóticos y hay indicios de un mayor riesgo de diabetes en parientes en primer grado (21, 25, 39). Asimismo, algunos estudios han demostrado una mayor adiposidad visceral, una elevación de la glucemia e hipercortisolemia en los pacientes que cursan con su primer episodio antes del tratamiento (25, 40, 41). En un estudio reciente se demostró que las personas con un trastorno esquizoafectivo tienen una mayor vulnerabilidad a presentar el SM que las personas con un trastorno bipolar o esquizofrenia (99).

El mayor riesgo de los pacientes para presentar el SM mientras reciben fármacos antipsicóticos tiene que ver en parte con la tendencia de éstos a provocar un aumento de peso. Si bien todos los antipsicóticos pueden desencadenar cambios ponderales, el riesgo relativo para provocar cambios en el peso clínicamente importantes (aumento de > 7%) es sin duda diferente entre los fármacos antipsicóticos (25, 29, 31). Hasta en un 25% de los casos de SM en los que se administra tratamiento antipsicótico, no se observó un aumento de peso ni un incremento en la adiposidad abdominal, lo que indica una vinculación directa entre el antipsicótico y la aparición de alteraciones metabólicas (25).

Algunos autores vinculan las características del receptor para los antipsicóticos con su propensión diferente a provocar aumento de peso y otros cambios metabólicos (25, 29, 33, 41). El antagonismo para los receptores muscarinérgicos podría desen-

cadenar un aumento de peso más acentuado. Los antipsicóticos pueden causar un aumento del apetito al interferir en el sistema de recompensa de la dopamina (32). Están surgiendo datos indicativos de que pueden presentarse alteraciones de la glucemia poco después de iniciar el tratamiento y que éstas pueden ser reversibles luego de suspender la medicación, lo que indica un efecto directo sobre la función pancreática (25, 38, 39, 42).

Pruebas crecientes indican que los niños y los adolescentes que toman medicamentos antipsicóticos tienen un mayor riesgo de aumento de peso y de efectos metabólicos que los adultos que utilizan los mismos fármacos (102-104).

DIRECTRICES PARA LA DETECCIÓN SISTEMÁTICA Y EL SEGUIMIENTO

La prevención debería ser decisiva. Los médicos deberían tomar en cuenta tanto el riesgo presente para el SD como las características del riesgo metabólico del antipsicótico que seleccionen. Para evitar un aumento de peso, las intervenciones en el tipo de alimentación y en el estilo de vida deberían iniciarse en las primeras etapas después de comenzar el tratamiento.

Pese a los riesgos, muchos pacientes con EMG tienen un acceso limitado a la atención clínica general, con menos oportunidades para la detección sistemática del riesgo cardiovascular y su prevención que las que cabría esperar para la población no psiquiátrica (7, 25-27). Hay una falta de consenso en torno a quién debería

asumir la responsabilidad de las necesidades de atención médica general de los pacientes psiquiátricos, lo que ha dado por resultado una ineficacia persistente para brindar los servicios apropiados. Las necesidades de asistencia sanitaria general en esta población suelen descuidarse y los psiquiatras a menudo se enfocan en la eficacia del tratamiento de los síntomas psicóticos.

En los últimos años, tanto grupos nacionales como internacionales han establecido directrices para la detección y el seguimiento (14, 105-112), pero éstas no se han vuelto realidad en la atención clínica sistemática a los pacientes (113, 114).

Antes de comenzar el tratamiento, deberían evaluarse las características de riesgo cardiometabólico. Al principio del tratamiento, se debería realizar un seguimiento riguroso de los pacientes en cuanto a las variables metabólicas pertinentes. Una herramienta de evaluación sencilla del SM es la medición del perímetro de la cintura en combinación con la glucemia en ayunas (100% de sensibilidad) (96).

Las intervenciones en el estilo de vida, con dieta, un aumento en la actividad física y la suspensión del tabaquismo, son las medidas terapéuticas de primera opción para disminuir el riesgo de ECV en personas con el SM (8). Las directrices del Grupo de Tratamiento de Adultos recomiendan una menor ingesta de grasa saturada y de colesterol, una mayor ingesta de fibras y una mayor actividad física (46). Una disminución del 10% en las concentraciones de colesterol produce una reducción del 30% en el riesgo de ECV. Una disminución de la presión arterial del 4 al 6% disminuye un 15% el riesgo de ECV. La suspensión del tabaquismo originaría una reducción del 50 al 70% en la prevalencia de ECV. El mantener un índice de masa corporal por debajo de 25 disminuye el riesgo de ECV un 35 a un 55% y el tener un estilo de vida activo (20 minutos de marcha vigorosa al día) produce una disminución similar en el riesgo (8). Estos datos también son aplicables a las personas con enfermedades mentales graves, pero no se dispone de ningún estudio que confirme que los efectos favorables a corto plazo de las intervenciones en el estilo de vida produzcan algún cambio a largo plazo (115, 116). Sin embargo, cada vez hay más pruebas indicativas de que las intervenciones en el estilo de vida pueden ser eficaces en grupos de pacientes esquizofrénicos.

Hay un consenso general con respecto a que la actividad física tiene un efecto favorable leve a moderado sobre muchos factores de riesgo metabólicos y cardiovasculares que constituyen el SM o que están relacionados con el mismo (117). La actividad física con regularidad es eficaz para prevenir y tratar la hipertensión (118, 119), la obesidad (120), las alteraciones de la tolerancia a la glucosa y la diabetes (121) así como la dislipidemia (122). Por tanto, deberían ser un componente importante de los programas multidisciplinarios que se aplican a personas con esquizofrenia. Por el momento, no es posible identificar una dosis óptima o estrategia de intervención para los programas de actividad física en individuos esquizofrénicos (123). Las directrices actuales para la población general de acumular 30 minutos de actividad física moderada como estilo de vida, cinco días a la semana (124) también deberían aplicarse a las personas esquizofrénicas. El cumplimiento de estas directrices al parecer disminuye notablemente la probabilidad del SM sobre todo en los grupos de alto riesgo (117). En los programas de tratamiento relacionados con la actividad física en los esquizofrénicos, podría prestarse especial atención

a los trastornos cardiometabólicos concomitantes específicos mediante la aplicación de las recomendaciones para la actividad física en los sujetos con enfermedades somáticas crónicas (125). Debería adaptarse un programa de actividad física a las experiencias previas de los pacientes, su actitud hacia la actividad física, sus preferencias personales y sus objetivos.

Si un paciente presenta alteraciones metabólicas (p. ej., aumento de peso, aumento de la presión arterial o de las concentraciones de glucosa o de lípido) después de comenzar el tratamiento antipsicótico, debería considerarse el cambiar a un ASG que no se haya asociado a un aumento de peso importante o a diabetes. También debe tomarse en cuenta la instauración del tratamiento apropiado para reducir la presión arterial, la glucemia o la lipidemia, en colaboración con el médico general del paciente cuando esto sea posible, o con un médico especialista cuando se considere pertinente. Hasta en tiempos recientes no se contaba con datos sobre la seguridad y la eficacia de las estatinas en los pacientes que también recibían antipsicóticos. En los individuos esquizofrénicos, las estatinas constituyeron un tratamiento eficaz y seguro para la dislipidemia grave pero no contrarrestaron el síndrome metabólico (126, 127).

En la actualidad se está elaborando una actualización europea sobre las directrices para la detección sistemática y el seguimiento (128, 129) y es de esperar que en este año se publique una actualización del documento de consenso de ADA/ APA 2004 (14).

CONCLUSIONES

El síndrome metabólico y otros factores de riesgo cardiovascular tienen una gran prevalencia en las personas con EMG. El psiquiatra debe tener presente los posibles efectos secundarios metabólicos de los medicamentos antipsicóticos e incluirlos en la evaluación del riesgo/beneficio al seleccionar un antipsicótico específico. También debería responsabilizarse de la implementación de las evaluaciones de detección necesarias y de la remisión de los pacientes para el tratamiento de cualquier enfermedad física. Es necesaria la evaluación multidisciplinaria de los trastornos psiquiátricos y médicos. Las unidades de tratamiento psiquiátrico y médico deberían ofrecer y promover intervenciones para un estilo de vida sano. Los tratamientos somáticos ofrecidos a las personas con enfermedades mentales graves y crónicas deberían ir a la par de la atención médica general en la población de enfermos no psiquiátricos.

World Psychiatry 2009;8:15-22

Bibliografía

1. Brown S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;171:502-8.
2. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000;177:212-7.
3. Capasso RM, Lineberry TW, Bostwick JM et al. Mortality in schizophrenia and schizoaffective disorder: an Olmsted County, Minnesota cohort: 1950-2005. *Schizophr Res* 2008;98:287-94.
4. Arney CP, Jones L, Woolfson RF. Medical comorbidity in women and men with schizophrenia: a population-based controlled study. *J Gen Intern Med* 2006;21:1133-7.
5. Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among

- public mental health clients in eight states. *Prev Chronic Dis* 2006;3:A42.
6. De Hert M, Mckenzie K, Peuskens J. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long term follow-up study. *Schizophr Res* 2001;47:127-34.
 7. Fleischhacker W, Cetkovich-Bakmas M, De Hert M et al. Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. *J Clin Psychiatry* 2008;69:514-9.
 8. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D et al. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J* 2005;150:1115-21.
 9. Joukamaa M, Heliovaara M, Knekt P. Mental disorders and causespecific mortality. *Br J Psychiatry* 2001;179:498-502.
 10. Lawrence DM, Holman CD, Jablensky AV et al. Death rate from ischaemic heart disease in Western Australian psychiatric patients 1980-1998. *Br J Psychiatry* 2003;182:31-6.
 11. Ösby U, Correia N, Brandt L et al. Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden. *Schizophr Res* 2000;45:21-8.
 12. Ösby U, Correia N, Brandt L et al. Time trends in schizophrenia mortality in Stockholm County, Sweden: cohort study. *BMJ* 2000;321:483-4.
 13. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1123-31.
 14. American Diabetes Association/American Psychiatric Association. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *Diabetes Care* 2004;27:596-601.
 15. Casey DE, Haupt DW, Newcomer JW et al. Antipsychotic-induced weight gain and metabolic abnormalities: implications for increased mortality in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2004;65(Suppl. 7):4-18.
 16. Correll CU. Balancing efficacy and safety in treatment with antipsychotics. *CNS Spectr* 2007;12(Suppl. 17):12-20.
 17. Dixon L, Postrado L, Delahanty J et al. The association of medical comorbidity in schizophrenia with poor physical and mental health. *J Nerv Ment Dis* 1999;187:496-502.
 18. Henderson DC. Schizophrenia and comorbid metabolic disorders. *J Clin Psychiatry* 2005;66(Suppl. 6):11-20.
 19. Holt RIG, Pevelert RC, Byrne CD. Schizophrenia, the metabolic syndrome and diabetes. *Diabet Med* 2004;21:515-23.
 20. Holt RIG, Pevelert RC. Antipsychotic drugs and diabetes – an application of the Austin Bradford Hill criteria. *Diabetologia* 2006;49:1467-73.
 21. Kohen D. Diabetes mellitus and schizophrenia: historical perspective. *Br J Psychiatry* 2004;184:64-6.
 22. Leucht S, Burkard T, Henderson J et al. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2007;116:317-33.
 23. Meyer JM, Nasrallah HA. Medical illness and schizophrenia. Washington: American Psychiatric Publishing, 2003.
 24. Sartorius N. Physical illness in people with mental disorders. *World Psychiatry* 2007;6:3-4.
 25. Newcomer JW. Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review. *CNS Drugs* 2005;19:1-93.
 26. Craddock-O'Leary J, Young AS, Yano EM et al. Use of general medical services by VA patients with psychiatric disorders. *Psychiatr Serv* 2002;53:874-8.
 27. Druss BG, Bradford WD, Rosenheck RA et al. Quality of medical care and excess mortality in older patients with mental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:565-72.
 28. Frayne SM, Halanych JH, Miller DR et al. Disparities in diabetes care: impact of mental illness. *Arch Intern Med* 2005;65:2631-8.
 29. Haddad PM, Sharma SG. Adverse effects of atypical antipsychotics: differential risk and clinical implications. *CNS Drugs* 2007;21:911-36.
 30. Citrome L. Metabolic syndrome and cardiovascular disease. *J Psychopharmacol* 2005;19:84-93.
 31. Citrome L. The effectiveness criterion: balancing efficacy against the risks of weight gain. *J Clin Psychiatry* 2007;68(Suppl. 12):12-7.
 32. Elman I, Borsook D, Lukas SE. Food intake and reward mechanisms in patients with schizophrenia: implications for metabolic disturbances and treatment with second-generation antipsychotic agents. *Neuropsychopharmacology* 2006;31:2091-120.
 33. Nasrallah HA. Atypical antipsychotic-induced metabolic side effects: insights from receptor-binding profiles. *Mol Psychiatry* 2008;13:27-35.
 34. Newcomer JW. Antipsychotic medications: metabolic and cardiovascular risk. *J Clin Psychiatry* 2007;68(Suppl. 4):8-13.
 35. Newcomer J. Metabolic syndrome and mental illness. *Am J Manag Care* 2007;13:170-77.
 36. De Hert M, Peuskens B, van Winkel R et al. Body weight and self-esteem in patients with schizophrenia evaluated with B-WISE®. *Schizophr Res* 2006;88:222-6.
 37. Ryan MC, Thakore J. Physical consequences of schizophrenia and its treatment: the metabolic syndrome. *Life Sci* 2002;71:239-57.
 38. Scheen AJ, De Hert M. Drug induced diabetes mellitus: the example of atypical antipsychotics. *Rev Med Liege* 2005;60:455-60.
 39. Scheen A, De Hert M. Abnormal glucose metabolism in patients treated with antipsychotics. *Diabetes Metabolism* 2007;33:169-75.
 40. Thakore JH. Metabolic syndrome and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2005;186:455-6.
 41. Tschoner A, Engl J, Laimer M et al. Metabolic side effects of antipsychotic medication. *Int J Clin Pract* 2007;61:1356-70.
 42. van Winkel R, De Hert M, Wampers M et al. Major changes in glucose metabolism including new-onset diabetes within 3 months after initiation or switch of atypical antipsychotic medication in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry* 2008;69:472-9.
 43. Simon V, van Winkel R, De Hert M. Are weight gain and metabolic side-effects of atypical antipsychotics dose-dependent? A literature review. *J Clin Psychiatry* (in press).
 44. Reaven GM. Syndrome X: review. *Blood Pressure* 1992;4(Suppl.): 13-6.
 45. Alberti KGMM, Zimmet P, Shaw J. Metabolic syndrome – a new world-wide definition. A consensus statement from the International Diabetes Federation. *Diabetic Med* 2006;23:469-80.
 46. Expert Panel on Detection and Evaluation of Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001;285:2486-97.
 47. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/ National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation* 2005;112:2735-52.
 48. International Diabetes Federation. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. Brussels: International Diabetes Federation, 2005.
 49. Sarafidis PA, Nilsson PM. The metabolic syndrome: a glance at its history. *J Hypertension* 2006;24:621-6.
 50. Byrne CD, Wild SH. The global burden of the metabolic syndrome and its consequences for diabetes and cardiovascular disease. In: Byrne CD, Wild SH (eds). *The metabolic syndrome*. West Sussex: Wiley, 2005:1-42.
 51. Ford ES, Giles WH, Dietz WH. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA* 2002;287:356-9.
 52. Ford ES, Giles WH, Mokdad AH. Increasing prevalence of the metabolic syndrome among US adults. *Diabetes Care* 2004;27:2444-9.
 53. Grundy SM. The changing face of cardiovascular risk. *J Am Coll Cardiol* 2005;46:173-6.
 54. Hu G, Qiao Q, Tuomilehto J et al. Prevalence of the metabolic syndrome and its relation to all-cause and cardiovascular mortality in nondiabetic European men and women. *Arch Intern Med* 2004;164:1066-76.

55. Isomaa B, Almgren P, Tuomi T et al. Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome. *Diabetes Care* 2001;24:683-9.
56. Lorenzo C, Hunt KJ, Williams K et al. The National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III, International Diabetes Federation, and World Health Organization definitions of the metabolic syndrome as predictors of incident cardiovascular disease and diabetes. *Diabetes Care* 2007;30:8-13.
57. Sacks FM. Metabolic syndrome: epidemiology and consequences. *J Clin Psychiatry* 2004;65:3-12.
58. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004;364:937-52.
59. Gale E. The myth of the metabolic syndrome. *Diabetologica* 2005; 48:679-83.
60. Kahn R, Buse J, Ferrannini E et al. The metabolic syndrome: time for a critical appraisal. Joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care* 2005;28:2289-304.
61. Rosen J, Wirshing D. Diabetes and the metabolic syndrome in mental health. Philadelphia: Lippincott, 2008.
62. Almeras N, Deprés JP, Villeneuve J et al. Development of an atherogenic metabolic risk profile associated with the use of atypical antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 2004;65:557-64.
63. Arango C, Bobes J, Aranda P et al. A comparison of schizophrenia outpatients treated with antipsychotics with and without metabolic syndrome: findings from the CLAMORS study. *Schizophr Res* (in press).
64. Attux C, Quintana MI, Chaves AC. Weight gain, dyslipidemia and altered parameters for metabolic syndrome on first episode psychotic patients after six-month follow-up. *Rev Bras Psiquiatr* (in press).
65. Basu R, Brar JS, Chengappa KN et al. The prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizoaffective disorder – bipolar subtype. *Bipolar Disord* 2004;6:314-8.
66. Bobes J, Arango C, Aranda P et al. Cardiovascular and metabolic risk in outpatients with schizophrenia treated with antipsychotics: Results of the CLAMORS Study. *Schizophr Res* 2007;90:162-73.
67. Cerit C, Özten E, Yildiz M. The prevalence of metabolic syndrome and related factors in patients with schizophrenia. *Turk J Psychiatry* 2008;19:1-8.
68. Cohn T, Prud'homme D, Streiner D et al. Characterizing coronary heart disease risk in chronic schizophrenia: high prevalence of the metabolic syndrome. *Can J Psychiatry* 2004;49:753-60.
69. Correll CU, Frederickson AM, Kane JM et al. Metabolic syndrome and the risk of coronary heart disease in 367 patients treated with second-generation antipsychotic drugs. *J Clin Psychiatry* 2006;67:575-83.
70. Correll CU, Frederickson AM, Kane JM et al. Does antipsychotic polypharmacy increase the risk for metabolic syndrome? *Schizophr Res* 2007;89:91-100.
71. De Hert M, van Winkel R, Van Eyck D et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia treated with antipsychotic medication. *Schizophr Res* 2006;83:87-93.
72. De Hert M, van Winkel R, Van Eyck D et al. Prevalence of diabetes, metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia over the course of the illness: a cross-sectional study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2006;2:14.
73. De Hert M, Hanssens L, Wampers M et al. Prevalence and incidence rates of metabolic abnormalities and diabetes in a prospective study of patients treated with second-generation antipsychotics. *Schizophr Bull* 2007;33:560.
74. De Hert M, Schreurs V, Smeets K et al. Typical and atypical antipsychotics differentially affect long-term incidence rates of the metabolic syndrome in first-episode patients with schizophrenia: a retrospective chart review. *Schizophr Res* 2008;101:295-303.
75. De Hert M, Falissard B, Mauri M et al. Epidemiological study for the evaluation of metabolic disorders in patients with schizophrenia: the METEOR study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2008;18(Suppl.4):S444.
76. Ellingrod VL, Miller DD, Taylor SF et al. Metabolic syndrome and insulin resistance in schizophrenia patients receiving antipsychotics genotyped for the methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) 677C/T and 1298A/C variants. *Schizophr Res* 2008;98:47-54.
77. Hagg S, Lindblom Y, Mjörndal T et al. High prevalence of the metabolic syndrome among a Swedish cohort of patients with schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol* 2006;21:93-8.
78. Heiskanen T, Niskanen L, Lyytikäinen R et al. Metabolic syndrome in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2003;64:575-9.
79. L'Italiani GJ, Casey DE, Kan HJ et al. Comparison of metabolic syndrome incidence among schizophrenia patients treated with aripiprazole versus olanzapine or placebo. *J Clin Psychiatry* 2007;68:1510-6.
80. Kato MM, Currier MB, Gomez CM et al. Prevalence of metabolic syndrome in Hispanic and non-Hispanic patients with schizophrenia. *Prim Care Comp J Clin Psychiatry* 2004;6:74-7.
81. Lamberti JS, Olson D, Crilly JF et al. Prevalence of the metabolic syndrome among patients receiving clozapine. *Am J Psychiatry* 2006;7:1273-6.
82. McEvoy JP, Meyer JM, Goff DC et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophr Res* 2005;80:19-32.
83. Meyer JM, Nasrallah HA, McEvoy JP et al. The Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Schizophrenia Trial: clinical comparison of subgroups with and without the metabolic syndrome. *Schizophr Res* 2005;80:9-18.
84. Meyer JM, Davis VG, Goff DC et al. Change in metabolic syndrome parameters with antipsychotic treatment in the CATIE Schizophrenia Trial: prospective data from phase 1. *Schizophr Res* 2008;101:273-86.
85. Mulder H, Franke B, van der Aart-van der Beek A et al. The association between HTR2C gene polymorphisms and the metabolic syndrome in patients with schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 2007;27:338-43.
86. Perez-Iglesias R, Crespo-Facorro B, Martinez-Garcia O et al. Weight gain induced by haloperidol, risperidone and olanzapine after 1 year: findings of a randomized clinical trial in a drug-naïve population. *Schizophr Res* (in press).
87. Rejas J, Bobes J, Arango C et al. Concordance of standard and modified NCEP ATP III criteria for identification of metabolic syndrome in outpatients with schizophrenia treated with antipsychotics: a corollary from the CLAMORS study. *Schizophr Res* 2008;99:23-8.
88. Saari KM, Lindeman SM, Viilo KM et al. A 4-fold risk of metabolic syndrome in patients with schizophrenia: the northern Finland 1966 birth cohort study. *J Clin Psychiatry* 2005;66:559-63.
89. Saddichha S, Ameen S, Akhtar S. Incidence of new onset metabolic syndrome with atypical antipsychotics in first episode schizophrenia: a six-week prospective study in Indian female patients. *Schizophr Res* 2007;95:247.
90. Saddichha S, Manjunatha N, Ameen S et al. Metabolic syndrome in first episode schizophrenia – a randomized double-blind controlled, short-term prospective study. *Schizophr Res* 2008;101:266-72.
91. Schorr SG, Lucas MJG, Slooff CJ et al. The prevalence of metabolic syndrome in schizophrenic patients in the Netherlands. *Schizophr Res* 2008;102(Suppl.):241.
92. Schorr SG, Slooff CJ, Postema R et al. A 12-month follow-up study of treating overweight schizophrenic patients with aripiprazole. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:246-50.
93. Schorr SG, Slooff CJ, Bruggeman R et al. Incidence of metabolic syndrome and its reversibility in a cohort of schizophrenic patients followed for one year. *Schizophr Res* 2008;102(Suppl.):241.
94. Sicras-Mainar A, Blanca-Tamayo M, Rejas-Gutiérrez J et al. Metabolic syndrome in outpatients receiving antipsychotic therapy

- in routine clinical practice: a cross-sectional assessment of a primary health care database. *Eur Psychiatry* 2008;23:100-8.
95. Srisurapanont M, Likhitsathian S, Boonyanaruthee V et al. Metabolic syndrome in Thai schizophrenic patients: a naturalistic one-year follow-up study. *BMC Psychiatry* 2007;23:7-14.
 96. Straker D, Correll CU, Kramer-Ginsberg E et al. Cost-effective screening for the metabolic syndrome in patients treated with second generation antipsychotic medications. *Am J Psychiatry* 2005;162:1217-21.
 97. Suvisaari JM, Saarni SI, Perälä J et al. Metabolic syndrome among persons with schizophrenia and other psychotic disorders in a general population survey. *J Clin Psychiatry* 2007;68:1045-55.
 98. Teixeira PJR, Rocha FL. The prevalence of metabolic syndrome among psychiatric inpatients in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2007;29:330-6.
 99. van Winkel R, van Os J, Celic I et al. Psychiatric diagnosis as an independent risk factor for metabolic disturbances: results from a comprehensive, naturalistic screening program. *J Clin Psychiatry* 2008;69:1319-27.
 100. Nasrallah HA, Meyer JM, Goff DC et al. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. *Schizophr Res* 2006;86:15-22.
 101. de Leon J, Diaz FJ. Planning for the optimal design of studies to personalize antipsychotic prescriptions in the post-CATIE era: the clinical and pharmacoepidemiological data suggest that pursuing the pharmacogenetics of metabolic syndrome complications (hypertension, diabetes mellitus and hyperlipidemia) may be a reasonable strategy. *Schizophr Res* 2007;96:185-97.
 102. Correll CU. Assessing and maximizing the safety and tolerability of antipsychotics used in the treatment of children and adolescents. *J Clin Psychiatry* 2008;69(Suppl. 4):26-36.
 103. Daniels SR, Greer FR and the Committee on Nutrition. Lipid screening and cardiovascular health in childhood. *Pediatrics* 2008;122:198-208.
 104. Kumra S, Oberstar JV, Sikich L et al. Efficacy and tolerability of second-generation antipsychotics in children and adolescents with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2008;34:60-71.
 105. Barnett AH, Mackin P, Chaudhry I et al. Minimising metabolic and cardiovascular risk in schizophrenia: diabetes, obesity and dyslipidaemia. *J Psychopharmacol* 2007;21:357-73.
 106. Citrome L, Yeomans D. Do guidelines for severe mental illness promote physical health and well-being? *J Psychopharmacol* 2005;19:102-9.
 107. Cohn TA, Sernyak MJ. Metabolic monitoring for patients treated with antipsychotic medications. *Can J Psychiatry* 2006;51:492-501.
 108. De Hert M, Van Eyck D, De Nayer A. Metabolic abnormalities associated with second generation antipsychotics: fact or fiction? Development of guidelines for screening and monitoring. *Int Clin Psychopharmacol* 2006;21(Suppl. 2):11-5.
 109. De Nayer A, De Hert M, Scheen A et al. Conference report: Belgian consensus on metabolic problems associated with second-generation antipsychotics. *Int J Psy Clin Pract* 2005;9:130-7.
 110. Marder SR, Essock SM, Miller AL et al. Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161:1334-49.
 111. Sernyak MJ. Implementation of monitoring and management guidelines for second generation antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 2007;68:14-8.
 112. van Winkel R, De Hert M, Van Eyck D et al. Screening for diabetes and other metabolic abnormalities in patients with schizophrenia: evaluation of incidence and screening methods. *J Clin Psychiatry* 2006;67:1493-500.
 113. Buckley PF, Miller D, Singer B et al. Clinicians' recognition of the metabolic adverse effects of antipsychotic medications. *Schizophr Res* 2005;79:281-8.
 114. Newcomer JW, Nasrallah HA, Loebel AD. The atypical antipsychotic therapy and metabolic issues national survey. *J Clin Psychopharmacol* 2004;24:1-6.
 115. Faulkner G, Cohn TA. Pharmacologic and nonpharmacologic strategies for weight gain and metabolic disturbance in patients treated with antipsychotic medications. *Can J Psychiatry* 2006;51:502-11.
 116. Faulkner G, Cohn T, Remington G. Interventions to reduce weight gain in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2007;33:654-6.
 117. Lakka TA, Laaksonen DE. Physical activity in prevention and treatment of the metabolic syndrome. *Appl Physiol Nutr Metab* 2007;32:76-88.
 118. Fagard R. Exercise characteristics and the blood pressure response to dynamic physical training. *Med Sci Sports Exerc* 2001;33:484-92.
 119. Pescatello LS, Franklin BA, Fagard R et al. Exercise and hypertension. *Med Sci Sports Exerc* 2004;36:533-53.
 120. Blair SN, Brodney S. Effects of physical inactivity and obesity on morbidity and mortality: current evidence and research issues. *Med Sci Sports Exerc* 1999;31:S646-62.
 121. Lambers S, Van Laethem C, Van Acker K et al. Influence of combined exercise training on indices of obesity, diabetes and cardiovascular risk in type 2 diabetes patients. *Clin Rehabil* 2008;22:483-92.
 122. Saltin B, Helge JW. Metabolic capacity of skeletal muscles and health. *UgeskrLaeger* 2000;162:59-64.
 123. Vancampfort D, Knapen J, De Hert M et al. Physical activity interventions for people who have schizophrenia: a critical review. Submitted for publication.
 124. Haskell WL, Lee IM, Pate RR et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc* 2007;39:1423-34.
 125. Pedersen BK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scand J Med Sci Sports* 2006;16:3-63.
 126. De Hert M, Kalnicka D, van Winkel R et al. Treatment with rosuvastatin for severe dyslipidemia in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry* 2006;67:1889-96.
 127. Hanssens L, De Hert M, van Winkel R et al. Pharmacological treatment of severe dyslipidaemia in patients with schizophrenia. *Int J Clin Psychopharmacol* 2007;22:43-9.
 128. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007;14(Suppl. 2):E1-40.
 129. The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary. *Eur Heart J* 2007;28:88-136.

La efectividad como medida de resultado para los ensayos terapéuticos en psiquiatría

W. WOLFGANG FLEISCHHACKER¹, GUY M. GOODWIN²

¹Department of Psychiatry and Psychotherapy, Biological Psychiatry Division, University of Innsbruck, 6020 Innsbruck, Austria

²University Department of Psychiatry, Warneford Hospital, Oxford, OX3 7JX, UK

Existe en la actualidad cierta confusión en torno a la utilidad relativa de los ensayos clínicos que se realizan para investigar la eficacia por contraposición a los concebidos para investigar la efectividad. Esto es muy problemático cuando los estudios realizados por las compañías farmacéuticas como experimentos para las autoridades de registro sanitario son utilizados para moldear y aportar información para el ejercicio médico, sobre todo si los estudios realizados en condiciones más reales no logran respaldar las ventajas previstas. Analizamos este aspecto en relación con los nuevos antipsicóticos, en concreto. Otras indicaciones, incluidos los trastornos afectivos, que también se abordan brevemente, hasta ahora han recibido menos atención definitiva, pero es probable que afronten las mismas dificultades. Concluimos que cuando los resultados de los ensayos sobre eficacia son positivos y un ensayo sobre efectividad es negativo no necesariamente debería preferirse el ensayo sobre efectividad —simplemente puede no haber sido concluyente—. Cuando los ensayos sobre eficacia y los ensayos sobre efectividad apuntan a conclusiones similares, entonces los datos son mutuamente respaldados.

Palabras clave: Ensayos clínicos, métodos, esquizofrenia, trastornos afectivos, trastorno bipolar, depresión, antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores afectivos, eficacia, efectividad, estudios pragmáticos.

En los últimos años, nuestra especialidad ha experimentado dificultades crecientes para trasladar los resultados de los ensayos clínicos comparativos aleatorizados (EAC) al ejercicio clínico en lo referente a la utilidad clínica de nuevos fármacos para el tratamiento de la esquizofrenia y los trastornos afectivos. Estas dificultades se han acentuado por el hecho de que los metaanálisis y los análisis sistemáticos a menudo han comunicado mensajes discrepantes. Por ejemplo, Leucht y cols., (1), al hacer un seguimiento de un metaanálisis de EAC en que se compararon los antipsicóticos de primera generación con los de segunda generación, concluyó que «la risperidona y la olanzapina son más eficaces que el haloperidol contra los síntomas generales y los síntomas negativos» y que todos los antipsicóticos de segunda generación analizados producen menos síntomas extrapiramidales y conllevan un menor uso de anticolinérgicos. Sin embargo, analizando más o menos la misma serie de datos, Geddes y cols., (2) llegaron a la conclusión de que «no hay pruebas claras de que los antipsicóticos atípicos sean más eficaces o sean mejor tolerados que los antipsicóticos convencionales». Davis y cols., (3) al analizar datos de 142 estudios, señalaron que algunos antipsicóticos de segunda generación pero no otros muestran una mayor

eficacia que los fármacos tradicionales, en tanto que Tandon y Fleischhacker (4), basándose en un análisis cualitativo de las pruebas disponibles, concluyeron que «los estudios metaanalíticos de la eficacia comparativa de antipsicóticos de segunda generación diferentes a la clozapina no proporcionan pruebas indiscutibles de una eficacia diferente».

Por lo que respecta a los trastornos afectivos, la controversia se ha centrado más que nada en torno a las diferencias de fármacos y placebos en los ensayos de eficacia de los antidepresivos (5), y el sensacionalismo de los medios de comunicación presentan la conclusión de que estos fármacos no son más eficaces que las píldoras de azúcar en la depresión unipolar. El problema en común con el debate de los antipsicóticos ha sido la extrapolación al ejercicio cotidiano de estudios realizados en circunstancias bastante artificiales con el fin de registrar un producto.

Claramente, estas publicaciones han proporcionado conclusiones que podrían interpretarse como mutuamente contradictorias. Por tanto, se nos ha planteado el reto de encontrar las causas de estas discrepancias y así como remedios que puedan mejorar la utilidad de los criterios clínicos en el ejercicio clínico cotidiano.

Se ha identificado la selección de los pacientes como una de las principales

causas de los datos discrepantes. Los ensayos clínicos sobre los antipsicóticos en los pacientes esquizofrénicos han incorporado grupos de pacientes muy selectos (6-8), no verdaderamente representativas de los individuos en quienes se utilizarían estos fármacos en el ejercicio ordinario. Las tasas de deserción cada vez más elevadas en los EAC, a veces vinculadas con los métodos específicos (9), han cuestionado los análisis que de una u otra manera deben imputar los resultados a los valores faltantes, y ponen en riesgo las conclusiones simples —por ejemplo que un solo fármaco probablemente es eficaz para tratar el trastorno elegido como objetivo—. Lo último es difícil de aseverar cuando casi la mitad de los pacientes del grupo activo de un ensayo de tres semanas sobre la manía puede no completar el tratamiento. Asimismo, se ha cuestionado si los criterios de valoración tradicionales, como las mejoras en la puntuación total en las escalas de evaluación que miden los síntomas psicopatológicos, tienen validez ecológica para los verdaderos resultados en los pacientes (10, 11).

Los mismos problemas son aún más acentuados en los ensayos clínicos sobre la depresión. Muchos pacientes que se incorporan en los EAC sobre depresión son atraídos por la publicidad y se les paga porque participen. Esto es notablemente

el caso en EE.UU, donde se han llevado a cabo muchos de estos ensayos. Asimismo, en general se cree que se inflan las calificaciones de la depresión necesarias para el ingreso en los estudios y que esto confunde los efectos subsiguientes atribuidos al tratamiento activo o al placebo (5).

Esta inconformidad ha hecho que entre en juego el concepto de la efectividad. Los estudios sobre efectividad procuran incluir un grupo no selecto o menos selecto de pacientes mediante el empleo de criterios de inclusión amplios y escasos motivos para la exclusión. Puede utilizarse la metodología de los estudios simples para mantener bajas las tasas de deserción.

En vez de medir los efectos de las intervenciones terapéuticas sobre variables relativamente específicas en psicopatología, los estudios sobre efectividad pretenden medir algo más tangible. En el caso de los ensayos a gran escala en medicina cardiovascular, la variable de interés suele ser la defunción. En psiquiatría, la defunción es muy rara como criterio de valoración a considerar, pero el ingreso hospitalario o la retirada de fármacos se consideran como variables clínicamente importantes. Contraponiéndose un poco al impulso de medir variables consistentes, hay también un deseo paralelo de encontrar variables referentes a la experiencia del paciente —a menudo incorporadas bajo la frase gastada «calidad de vida»—. Asimismo, hay presiones para incluir una evaluación económica de las opciones de tratamiento. Todo esto se compagina para producir resultados que puedan trasladarse al ejercicio médico cotidiano, pero también suena engañosamente simple.

En las siguientes secciones, proporcionaremos algunos ejemplos de extensos ensayos clínicos pragmáticos realizados en pacientes que padecen esquizofrenia y trastornos afectivos y luego analizaremos los pros y los contras de los estudios de efectividad por contraposición a los EAC tradicionales.

ENSAYOS SOBRE EFECTIVIDAD EN LA ESQUIZOFRENIA

Durante el último decenio se han realizado diversos ensayos de efectividad en la esquizofrenia. Nos centraremos en los estudios que se han efectuado en muestras a gran escala. Se analizarán los ensayos con enmascaramiento y abiertos, siempre y cuando en ellos el

tratamiento se haya asignado en forma aleatoria. Consideramos esta asignación aleatoria, con comparación adecuada y ocultamiento del proceso de asignación, como la propiedad clave que permite una comparación imparcial entre dos tratamientos.

Ensayos antipsicóticos clínicos en la efectividad de la intervención (CATIE)

El CATIE fue un ensayo clínico patrocinado por el US National Institute of Mental Health (NIMH) tras una propuesta para un contrato de investigación. Este extenso ensayo pragmático constó de tres fases. En la primera, se compararon cinco antipsicóticos de nueva generación con el fármaco de primera generación perfenazina. Después de la fase I, los pacientes tuvieron la opción de cambiar a dos diferentes grupos de la fase II. Uno fue planificado originalmente para comparar la clozapina con otros antipsicóticos de nueva generación en pacientes en quienes se observó resistencia al tratamiento en la fase I y el otro para incluir a los sujetos que tuvieron problemas de tolerabilidad. La asignación del tratamiento en la fase I y II fue aleatorizada y de doble enmascaramiento, con la excepción del grupo que recibió clozapina. Después de la fase II, los pacientes podían cambiarse a ensayos de tratamiento abierto de diversos antipsicóticos más antiguos o más nuevos. La suspensión por cualquier causa fue el criterio primario de valoración del tratamiento (12).

De alguna manera esto representa un método híbrido, ya que los criterios de inclusión y los criterios de evaluación siguieron un principio de efectividad, en tanto que el resto del diseño del estudio fue el de un ECA tradicional. Asimismo, este tipo de diseño en etapas, fomenta la suspensión prematura del tratamiento en la fase I, ya que permite la graduación en una segunda fase de la investigación.

Se han publicado varios artículos que proporcionan resultados de las fases I y II y resultados de tratamiento más específicos (13-15). Con la excepción de una tasa de suspensión por todas las causas significativamente más baja para la olanzapina, los antipsicóticos de segunda generación no tuvieron ninguna ventaja en eficacia con respecto a la perfenazina en ninguno de los análisis publicados hasta el momento. Se escogió la perfenazina por motivos pragmáticos, para aumentar el sentido de equilibrio. Un fármaco más

típico como el haloperidol nos se juzgó como una opción factible, en virtud de los prejuicios de pacientes e investigadores. Se comentó que se seleccionó la perfenazina «por su menor potencia y por sus efectos secundarios moderados». Es dudoso que esté bien representado el grupo de antipsicóticos típicos.

Estudio de costo-utilidad de los últimos fármacos antipsicóticos en la esquizofrenia (CutLASS)

Este estudio, patrocinado por el UK National Health Services, también procuró comparar la efectividad de antipsicóticos más nuevos con más antiguos. Los médicos que deseaban ingresar a un paciente en este estudio tenían que determinar primero si los sujetos habían mostrado resistencia a tratamientos previos (en cuyo caso se ingresaban en un grupo en el que se comparaba la clozapina con otros antipsicóticos de nueva generación) o si estaba indicado un cambio por otras causas (en cuyo caso eran aleatorizados para recibir un antipsicótico de primera generación o de segunda generación). Dentro de estos dos grupos de tratamiento farmacológico, los médicos tenían la libertad para seleccionar el fármaco de su preferencia. Se escogió la calidad de vida como el criterio principal de valoración.

Hacia el término de este estudio abierto a un año, se observó que la clozapina ofrecía ventajas con respecto a otros fármacos de segunda generación en el grupo resistente al tratamiento, en tanto que los antipsicóticos de segunda generación no conferían ninguna ventaja (un 46% se había tratado con olanzapina) en comparación con el grupo de fármacos más antiguos (el 49% de los pacientes habían recibido sulpirida en este grupo) (16, 17). En términos farmacológicos, no es de utilidad la inclusión y la representación excesiva de las sulpirida en el grupo de tratamiento de «primera generación». La sulpirida es un compuesto farmacológicamente muy parecido a la amisulfrida, la cual se incluyó en el grupo de segunda generación. Esta decisión en parte puede haber reflejado las dificultades de la incorporación y de hecho el ensayo no alcanzó sus objetivos de incorporación de pacientes definidos de antemano. El motivo de esto fue probablemente una ineficacia en el equilibrio. La percepción de los médicos puede haber favorecido a los «atípicos» y fue difícil persuadirlos

para que utilizaran los antipsicóticos más antiguos (y «más típicos»).

Por consiguiente, se ha vuelto cuestionable la imposibilidad de detectar un contraste entre los fármacos de primera y de segunda generación. Asimismo, los pacientes ingresaron al estudio como una consecuencia de la necesidad de modificar la medicación, seleccionando potencialmente así a los pacientes que tenían menos respuesta (18) o que toleraban menos la medicación (o con ambas características).

Comparación de atípicos en el primer episodio de psicosis (CAFE)

La suspensión de la medicación por todas las causas fue el criterio principal de valoración en este ensayo clínico de doble enmascaramiento en el que se comparó la quetiapina con la risperidona y la olanzapina (19). Las tasas de suspensión fueron elevadas en los tres grupos, pero no fueron diferentes entre sí. Esto también fue aplicable a los cambios en las calificaciones en la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS). Al igual que en el estudio CATIE, la olanzapina originó una mayor prevalencia de aumento de peso.

Estudio europeo del primer episodio de esquizofrenia (EUFEST)

Este ensayo aleatorizado a un año y sin enmascaramiento, realizado en 13 países europeos y en Israel, estudió la efectividad de los antipsicóticos de nueva generación amisulprida, quetiapina, olanzapina y ziprasidona en comparación con el haloperidol a dosis bajas en pacientes con un primer episodio de esquizofrenia (20). La pérdida de la retención sobre el fármaco al cual se aleatorizó originalmente a los pacientes fue el criterio principal de valoración. Todos los fármacos de nueva generación tuvieron un mejor desempeño que el haloperidol. Además, una dosis incluso baja de haloperidol produjo más efectos secundarios extrapiramidales que los fármacos más nuevos. Las puntuaciones totales del PANSS, uno de los criterios secundarios de valoración, no fueron diferentes entre los grupos (21). Sin embargo, las puntuaciones del PANSS fueron medidas con menos frecuencia que otras variables.

Las observaciones del EUFEST contradicen las conclusiones que a menudo se postulan para los estudios CATIE y CUTLASS —en el sentido de que los atí-

picos no muestran ninguna ventaja importante con respecto a los compuestos más antiguos—. El haloperidol en dosis bajas fue menos aceptable que los medicamentos de segunda generación y esto se tradujo en un apego al tratamiento significativamente más breve en los pacientes que cursaban su primer episodio. Los atípicos tanto en el estudio CATIE como en el EUFEST tuvieron un comportamiento diferente entre sí y no parecen ser equivalentes a las dosis que se emplean. La comparación con la perfenazina en el estudio CATIE, y de un grupo heterogéneo de compuestos con otro en el CUTLASS, limita las conclusiones a las que puede llegarse a partir de estos estudios.

Es necesario aclarar que los ensayos clínicos naturalistas también reflejan un ejercicio terapéutico naturalista, lo cual no siempre se apega a las pruebas y directrices en general aceptadas. Por ejemplo, en el estudio CATIE, sólo casi un 40% de todos los pacientes en la fase I recibieron la dosis máximamente permitida. Por otra parte, los estudios pragmáticos que permiten a los investigadores más libertad para incorporar a los pacientes y modificar el tratamiento tienen las ventajas para mejorar las tasas de retención, según se ejemplifica en los estudios CUTLASS y el EUFEST. El enmascaramiento también tiene una repercusión sobre las tasas de suspensión: en general, se encuentran tasas de deserción más elevadas en los estudios de doble enmascaramiento, como el CATIE y el CAFE.

ENSAYOS DE EFECTIVIDAD EN LOS TRASTORNOS AFECTIVOS

Alternativas de tratamiento secuencial para aliviar la depresión (STAR*D)

El estudio STAR*D no abordó la eficacia de un antidepresivo en comparación con otro fármaco en su etapa inicial. En cambio, todos los participantes fueron tratados con un solo inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, el citalopram, y se determinaron sistemáticamente los criterios de valoración para más de 2.000 pacientes unipolares con un episodio depresivo mayor.

En general, las tasas de remisión probablemente fueron menores que las esperadas y la cantidad de efectos secundarios más elevada. Treinta por ciento de los sujetos obtuvieron la remisión

y el tiempo necesario fue más de ocho semanas. El análisis de subgrupos fue útil para señalar la eficacia específica en mujeres con importantes antecedentes personales de logros. Los criterios de valoración más deficientes fueron en los pacientes con episodios de índice más prolongados, más trastornos psiquiátricos concomitantes (sobre todo trastornos por ansiedad o drogodependencia), más trastornos médicos generales, menor función basal y calidad de vida (18).

La intención original del estudio STAR*D fue comparar las estrategias de tratamiento después que la monoterapia con citalopram se había juzgado insuficiente. Lamentablemente, un enfoque demasiado permisivo para la selección de los pacientes produjo una tasa desalentadora de verdadera aleatorización a los tratamientos comparados. Después de la ineficacia con citalopram, las opciones del nivel II en el estudio STAR*D fueron un cambio a otro fármaco (bupropión, sertralina o venlafaxina) o tratamiento cognitivo, o aumento del citalopram con bupropión, buspirona o tratamiento cognitivo. Sólo 21 de 1.439 pacientes aceptaron ser aleatorizados a cualquiera de estas opciones. La gran mayoría tuvo preferencias que fueron permitidas en el diseño del estudio. Por consiguiente, las comparaciones entre las estrategias de aumento y cambio fueron de gran interés clínico, pero fueron trastocadas al permitir la preferencia del paciente por uno de estos métodos. Casi un 30% de los pacientes en todos los grupos tratados con medicación tuvieron remisión después del cambio en el fármaco, cualquiera que fuese el tipo (22, 23). La tasa de tratamiento cognitivo fue sustancialmente más baja (pero no estadísticamente diferente en virtud de la falta de potencia) (24). Los pasos adicionales en el algoritmo de tratamiento adolecieron de números decrecientes y la mayoría de los criterios de valoración no fueron estadísticamente distinguibles entre sí.

Existen interpretaciones conflictivas de programas del STAR*D. Los pesimistas dirán que no hemos aprendido nada del mismo. Los optimistas sostienen que las estrategias de tratamiento mostraron tasas de remisión general razonables si se seguía el algoritmo. No se pudo determinar si esto representó una mejoría en el tratamiento en la vida real. Las fortalezas del estudio fueron el tamaño de la muestra y algunos datos farmacogenéticos preliminares.

Programa de intensificación del tratamiento sistemático para el trastorno bipolar (STEP-BD)

El programa STEP fue un esfuerzo importante, paralelo al STAR*D, para examinar diversas vías de tratamiento en los pacientes bipolares. De los cinco ensayos propuestos, sólo el que incorporó a los enfermos bipolares deprimidos produjo resultados aleatorizados de utilidad. El estudio sobre la depresión aguda abordó en 366 individuos la respuesta a añadir antidepresivos o placebos a los estabilizadores afectivos que se estaban utilizando (en la práctica esto fue interpretado muy liberalmente y se permitió casi cualquier fármaco no antidepresivo concomitante). Los resultados fueron negativos, sin datos de que ocurriese remisión (o de cambio a la manía) de manera preferente en el grupo con antidepresivo (25).

El resultado puede interpretarse como un estudio negativo (los antidepresivos no funcionan en la depresión bipolar) o como un estudio no concluyente (no sabemos si los antidepresivos funcionan en la depresión bipolar). Ante la falta de un tratamiento de control positivo, la respuesta sigue siendo debatible. Una enseñanza derivada del estudio de antidepresivos de STEP-BD tal vez sea no combinar la inexactitud de la vida real con la irrealdad (placebo) del ensayo para registro de un producto.

Trastorno afectivo bipolar: evaluación de litio/anticonvulsivo (BALANCE)

El BALANCE es un estudio que se concluyó a mediados de 2008 y que se realizó para comparar la combinación de litio más valproato (Depakote) con la monoterapia mediante litio o valproato. El problema que pretendía abordar era la superioridad de la politerapia con respecto a la monoterapia en el tratamiento del trastorno bipolar a largo plazo. Se consideró que esto tiene un valor genérico en el trastorno bipolar, en virtud de que la combinación de diferentes medicamentos para el tratamiento a largo plazo se ha vuelto muy habitual, aunque casi no respaldada su utilidad por pruebas independientes. En segundo lugar, se ideó el estudio para comparar el litio con valproato como monoterapia.

La intención inicial del estudio fue evaluar el reingreso como un criterio principal de valoración, pero el tamaño de la muestra necesario habría sido muy

grande (más de 1.000 participantes) y, ante la falta de financiamiento adecuado, la incorporación probablemente hubiese tardado demasiado. De hecho, los estudios comparativos de la lamotrigina con placebo (25, 26) y las enseñanzas del estudio no concluyente del valproato (27) (cuyo plan había sido también utilizar el reingreso como criterio principal de valoración), produjo una reconsideración y la adopción del tiempo transcurrido hasta la intervención para un nuevo episodio afectivo como el criterio principal de valoración. Las cifras de incorporación final en el estudio fueron más de 400 y se aleatorizaron en forma satisfactoria 330. Los resultados del estudio serán analizados más tarde en 2008. Las tasas de episodios son compatibles con la sensibilidad adecuada del análisis.

Al igual que el EUFEST, el estudio BALANCE fue un estudio abierto aleatorizado. Esto conserva la ventaja primaria de cualquier EAC, a saber: asignación aleatorizada y enmascarada a diferentes tratamientos. Sin embargo, el sesgo del médico o del paciente podría contaminar el estudio. En la práctica, un período significativo de politerapia ayudó a proteger al estudio de un cumplimiento deficiente y en cierto grado mitigó un sesgo en pro o en contra de un tratamiento específico. No obstante, el tratamiento pudo haber sido impulsado en parte por el sesgo, sobre todo para las intervenciones iniciales. Estos factores limitarán pero no invalidarán los datos del estudio, ya que la falta de un enmascaramiento se acerca desde luego más al ejercicio clínico real. En concreto, no estamos convencidos de que pudo detectarse un solo sesgo prevaliente en contra de cualquiera de los tratamientos estudiados entre los médicos o los pacientes participantes.

DISCUSIÓN

Al sopesar los méritos de los estudios de eficacia y efectividad, se tendrá que ponderar las ventajas de estudiar muestras de pacientes homogéneas bien definidas con métodos de doble enmascaramiento modernos considerando la obtención de datos más apegados al ejercicio clínico cotidiano. Esto implica incorporar muestras más representativas y utilizar criterios de valoración potencialmente más pertinentes. Sin embargo, también implica, cuando no hay un enmascaramiento como en el ejercicio normal, arriesgarse a que el sesgo de pacien-

tes y médicos determinen los desenlaces. Puesto que los estudios abiertos, sin enmascaramiento, siempre corren el riesgo del sesgo de observador, esta desventaja deberá sopesarse considerando el hecho de que la generabilidad de los resultados es más alta con las tasas de deserción más bajas. Desde una perspectiva metodológica, la aleatorización al parecer es una condición obligatoria si se opta por un estudio sin enmascaramiento.

La definición de los criterios de valoración pertinentes también ha sido una fuente de debate acalorado. Por una parte, se señala que la suspensión por todas las causas, aun cuando se divida en suspensión consecutiva a falta de eficacia, cuestiones de tolerabilidad o selección de los pacientes, es un criterio de valoración no refinado y burdo. Por otra parte, puede aducirse que un cambio menor en las puntuaciones totales de la PANSS o incluso factores más específicos de una escala de la evaluación puede tener sólo una importancia clínica limitada.

Aquí opera una clase de principio de incertidumbre. Cuanto más riguroso y controlado sea un experimento, tanta más confianza se tendrá en el efecto del tratamiento, pero tanto menos el ensayo corresponderá a la vida real; cuanto más acerca a la vida real un estudio de efectividad, tanta menos confianza ofrece sobre su eficacia. En principio, consideramos que las dos clases de estudio son convenientes, pero siempre en conjunto, no como alternativa. Asimismo, tenemos más certeza cuando los dos tipos de estudio indican direcciones de efecto similares.

CONCLUSIONES

Al considerar todas las pruebas disponibles hasta el momento, consideramos que tanto el EAC experimental como el diseño de efectividad más pragmático tienen un lugar importante en la psicofarmacología clínica. En condiciones ideales, el desarrollo de fármacos, después de una fase exploradora I, que cada vez incluye a un mayor número de pacientes, en muestras con riesgo o voluntarios sanos en estudios preliminares de eficacia, procederá en los estudios con enmascaramiento bien controlados con criterios de valoración rigurosamente definidos. Tales estudios pueden demostrar la eficacia, pero la magnitud de la utilidad no puede simplemente extrapolarse a la vida real.

Así pues, deberán complementarse los resultados de estos estudios de fase II y III, tal vez ya desde la fase IIb, mediante ensayos clínicos pragmáticos más extensos. Estos ensayos deben concebirse para plantearse las interrogantes clínicas pragmáticas que son clave en la población de pacientes en general. En los ejemplos que hemos considerado, esto podría fluctuar desde una comparabilidad frontal con compuestos de generaciones anteriores para utilizarse en combinación con estos fármacos o intervenciones psicológicas. Los diseños muy complejos reducen la aceptabilidad de los ensayos por parte de los pacientes (y los investigadores). Asimismo, todos los estudios pragmáticos deben llevarse a cabo antes de la comercialización generalizada de nuevos compuestos y de que las opiniones sobre ellos se hayan consolidado en las mentes de los investigadores. Consideramos que la autorización de nuevos fármacos en la actualidad parece exigir demasiadas (y crecientes) pruebas derivadas de estudios de etapas iniciales cuyos resultados no son bien generalizables. Una autorización provisional adecuada a la implementación de los estudios clínicos a gran escala podría cumplir con algunas de las necesidades que percibimos para el desarrollo de nuevos fármacos.

Los estudios de efectividad deben planificarse utilizando las propiedades clave de los métodos de ensayos clínicos, es decir, la aleatorización y el enmascaramiento de la asignación. Se asegurarán mediante una planificación estadística, hipótesis a priori claras y las necesarias normas de ejercicio clínico satisfactorias. La comunicación de los efectos adversos en estos estudios podrían brindar los primeros indicios de problemas inesperados con respecto a la seguridad de los fármacos. El empleo de estos diseños de estudio en las etapas más incipientes del desarrollo de productos farmacológicos puede disipar parte de la controversia en torno a la aplicabilidad práctica de los ensayos realizados para el registro de medicamentos y también permitir una apreciación más rápida de la utilidad de un fármaco en el cumplimiento de las verdaderas necesidades clínicas.

World Psychiatry 2009;8:23-27

Bibliografía

1. Leucht S, Pitschel-Walz G, Abraham D et al. Efficacy and extrapyramidal side-effects of the new antipsychotics

- olanzapine, quetiapine, risperidone, and sertindole compared to conventional antipsychotics and placebo. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Schizophr Res* 1999;35:51-68.
2. Geddes J, Freemantle N, Harrison P et al. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. *BMJ* 2000;321:1371-6.
3. Davis JM, Chen N, Glick ID. A meta-analysis of the efficacy of second generation antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:553-64.
4. Tandon R, Fleischhacker WW. Comparative efficacy of antipsychotics in the treatment of schizophrenia: a critical assessment. *Schizophr Res* 2005;79:145-55.
5. Walsh BT, Seidman SN, Sysko R et al. Placebo response in studies of major depression: variable, substantial, and growing. *JAMA* 2002; 287:1840-7.
6. Robinson D, Woerner MG, Pollack S et al. Subject selection biases in clinical trials: data from a multicenter schizophrenia treatment study. *J Clin Psychopharmacol* 1996;16:170-6.
7. Hofer A, Hummer M, Huber R et al. Selection bias in clinical trials with antipsychotics. *J Clin Psychopharmacol* 2000;20:699-702.
8. Hummer M, Fleischhacker WW. Do phase III trials have clinical value? *J Clin Psychopharmacol* 1999;19:391-2.
9. Kemmler G, Hummer M, Widschwendter C et al. Dropout rates in placebo-controlled and active-control clinical trials of antipsychotic drugs: a meta-analysis. *Evid Based Ment Health* 2006;9:70.
10. Leucht S, Davis JM, Engel RR et al. Defining "response" in antipsychotic drug trials: recommendations for the use of scale-derived cutoffs. *Neuropsychopharmacology* 2007;32:1903-10.
11. Fleischhacker WW, Kemmler G. The clinical relevance of percentage improvements on the PANSS score. *Neuropsychopharmacology* 2007;32:2435-6.
12. Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS et al. The National Institute of Mental Health Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) project: schizophrenia trial design and protocol development. *Schizophr Bull* 2003;29:15-31.
13. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005;353:1209-23.
14. McEvoy JP, Lieberman JA, Stroup TS et al. Effectiveness of clozapine versus olanzapine, quetiapine, and risperidone in patients with chronic schizophrenia who did not respond to prior atypical antipsychotic treatment. *Am J Psychiatry* 2006;163:600-10.
15. Keefe RS, Bilder RM, Davis SM et al. Neurocognitive effects of antipsychotic medications in patients with chronic

- schizophrenia in the CATIE Trial. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:633-47.
16. Lewis SW, Barnes TR, Davies L et al. Randomized controlled trial of effect of prescription of clozapine versus other second-generation antipsychotic drugs in resistant schizophrenia. *Evid Based Ment Health* 2007;10:57.
17. Jones PB, Barnes TR, Davies L et al. Randomized controlled trial of the effect on Quality of Life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1). *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:1079-87.
18. Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR et al. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *Am J Psychiatry* 2006;163:28-40.
19. McEvoy JP, Lieberman JA, Perkins DO et al. Efficacy and tolerability of olanzapine, quetiapine, and risperidone in the treatment of early psychosis: a randomized, double-blind 52-week comparison. *Am J Psychiatry* 2007;164:1050-60.
20. Fleischhacker WW, Keet IP, Kahn RS et al. The European First Episode Schizophrenia Trial (EUFEST): rationale and design of the trial. *Schizophr Res* 2005;78:147-56.
21. Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in first episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *Lancet* 2008;371:1085-97.
22. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR et al. Bupropion-SR, sertraline, or venlafaxine-XR after failure of SSRIs for depression. *N Engl J Med* 2006;354:1231 - 42.
23. Trivedi MH, Fava M, Wisniewski SR et al. Medication augmentation after the failure of SSRIs for depression. *N Engl J Med* 2006;354:1243-52.
24. Thase ME, Friedman ES, Biggs MM et al. Cognitive therapy versus medication in augmentation and switch strategies as second-step treatments: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 2007;164:739-52.
25. Sachs GS, Nierenberg AA, Calabrese JR et al. Effectiveness of adjunctive antidepressant treatment for bipolar depression. *N Engl J Med* 2007;356:1711-22.
26. Goodwin GM, Bowden CL, Calabrese JR et al. A pooled analysis of 2 placebo-controlled 18-month trials of lamotrigine and lithium maintenance in bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry* 2004;65:432-41.
27. Bowden CL, Calabrese JR, McElroy SL et al. A randomized, placebo-controlled 12-month trial of divalproex and lithium in treatment of outpatients with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:481-9.

Diseño de estudios clínicos: lo que es adecuado para un fin es inadecuado para otro

JOHN R. GEDDES

University Department of Psychiatry, Warneford Hospital, Oxford, OX3 7JX, UK

Fleischhacker y Goodwin contribuyen al debate actual en torno a la utilidad relativa de los llamados estudios de «eficacia» y «efectividad». Las comparaciones entre los ensayos deben tomar en cuenta el hecho de que diferentes estudios están diseñados para dar respuesta a diversas preguntas clínicas y que las opciones metodológicas inevitablemente implican decisiones (1, 2). Se han recomendado diversos enfoques para describir las diferentes prioridades y diseños de los ensayos clínicos: por ejemplo, explicativos frente a pragmáticos (3), prácticos frente a extensos simples frente a eficacia (2) y extensos simples frente a complejos pequeños (4).

Los diseños de estudios explicativos («eficacia») tienden a tener un mayor grado de control con respecto a la validez interna y un mayor cociente de señal-a-ruido, pero típicamente tenderán a sacrificar la validez externa (es decir, la aplicabilidad a los pacientes de la vida real) (3,5). El objetivo de los ensayos explicativos es determinar si la intervención experimental puede operar en circunstancias controladas y optimizadas (6). Por lo contrario, el objetivo de los ensayos más pragmáticos («efectividad») es determinar si la intervención funciona en la vida real en el ejercicio clínico, el cual es, casi por definición, un entorno más ruidoso y menos controlado. Si bien los ensayos pragmáticos comprenden pacientes y ámbitos clínicos menos seleccionados y más representativos y utilizan criterios menos estandarizados y más sistemáticos de los desenlaces clínicos, las decisiones de diseño inherentes a los estudios de eficacia tenderán a aumentar la variabilidad (y por tanto, el ruido estadístico) y, a menudo, el sesgo.

Por consiguiente, Fleischhacker y Goodwin están en lo correcto al resaltar el problema que surge cuando parece haber

una discrepancia entre los resultados de los ensayos explicativos y los más pragmáticos. ¿Son los estudios explicativos o los pragmáticos intrínsecamente más fiables y probablemente produzcan una estimación más cercana del efecto «verdadero» que el agente de investigación? Esta pregunta es química. De hecho, la gran mayoría de los estudios se basan en una gama continua entre los diseños explicativos y los pragmáticos idealizados. Cada estudio debe abordarse de manera crítica conforme a sus propios méritos para detectar probables fuentes de sesgo y ruido.

Fleischhacker y Goodwin consideran que la aleatorización con el ocultamiento adecuado de la asignación es la condición obligatoria de una comparación imparcial de dos (o más) tratamientos. Sin embargo, los estudios empíricos señalan que otras características de diseño, como el ocultamiento, también pueden tener efectos sustantivos sobre las posibilidades de que un estudio produzca un resultado no sesgado (7). De hecho, para los estudios con variables evaluadas en forma sucesiva, la falta de enmascaramiento parece ser una causa de sesgo tan importante como lo es el enmascaramiento inadecuado de la asignación (8). La falta de enmascaramiento puede llevar a un sesgo de desempeño (el conocimiento de la asignación lleva a una conducta sistemáticamente diferente del médico y el paciente) y a un sesgo de comprobación (el conocimiento de la asignación lleva a una evaluación sistemáticamente diferente de las variables entre los grupos de tratamiento y de control). Se podría predecir que el enmascaramiento será muy importante cuando sea elevada la posibilidad y la probabilidad de estos sesgos. Así sucedería cuando la conducta y las variables son fácilmente modificables y cuando no hay una verdadera equivalencia y el investigador o los participantes, o los dos, tienen claras preferencias entre los tratamientos comparados.

Un buen ejemplo de la necesidad de tomar en cuenta los diseños de ensayos individuales lo representan los ensayos en los que se comparan antipsicóticos de primera generación (APG) con los de segunda generación (ASG). Considerando el contexto, había una expectativa considerable de que los ASG constituirían un paso sustancial en el avance del tratamiento de la esquizofrenia. Esto condujo a una tendencia inicial a pasar por alto las limitaciones metodológicas de los ensayos realizados por la industria (las cuales fueron hacia el extremo explicativo del espectro del diseño) (9), a sobrestimar las ventajas de los ASG (10) y a un cambio clínico rápido hacia el empleo de los ASG de preferencia a los APG (11). Los análisis sistemáticos y los metaanálisis de los ensayos patrocinados por la industria básicamente llegaron a resultados similares (12-14), aunque los autores de uno de los análisis llegaron a conclusiones notablemente más favorables en torno a los ASG que los otros (14, 15).

En la actualidad se han comunicado una serie de ensayos comparativos aleatorizados independientes de la industria en los que se comparan los APG con los ASG (16-19). Esta serie de ensayos es poco habitual en psiquiatría: es un avance decisivamente importante y a la vez un reflejo del grado raro de incertidumbre persistente y de la importancia de esta cuestión. Considerados como grupo estos ensayos independientes parecen indicar que, si bien puede haber diferencias menores en la eficacia entre los fármacos, no se puede demostrar que tales ventajas sean rentables y al parecer son contrarrestadas por una mayor tasa de determinados efectos adversos. Sin embargo, esta amplia conclusión no debe confundir el hecho de que estos ensayos tienen diseños muy diferentes y que se dirigieron a interrogantes diferentes, aunque complementarias. Las limitaciones de espacio impiden una evaluación crítica completa de todos estos ensayos de manera que sólo comentaré algunos aspectos.

El ensayo CATIE, denominado un ensayo «práctico» por los investigadores que lo diseñaron, tuvo algunas características pragmáticas (pacientes representativos, dosis variables y seguimiento razonablemente prolongado), pero mantuvo el enmascaramiento y la evaluación de gran calidad del desenlace (2). Los resultados de CATIE no fueron sorpren-

dentes aunque sí muy valiosos por cuanto confirmaron una situación que estaba surgiendo de tipos de evidencia discrepantes, incluidos tanto los metaanálisis como los datos de observación emergentes sobre la seguridad (20).

El ensayo CULASS representó un paso más adelante en el proceso continuo pragmático, al ser un estudio sin enmascaramiento y permitir la selección tanto de ASG como de APG (18). Fuera de contexto, sigue sin aclararse en qué grado la falta de diferencias observadas en tablas significa que no hubo verdaderamente diferencias o que el ensayo fue demasiado «ruidoso» para detectarlas. Sin embargo, los datos sobre rentabilidad del estudio CULASS son muy compatibles con los otros ensayos independientes.

EUFEST fue un ensayo ambicioso de pacientes durante su primer episodio, pero su diseño abierto lo volvió muy susceptible al sesgo de desempeño (y en consecuencia al sesgo de comprobación), lo que llevó a sus autores a no poder llegar a ninguna conclusión clara (19), aunque Fleischhacker y Goodwin parecen ahora más preparados para hacerlo.

Las limitantes de espacio impiden un análisis de los otros ensayos de efectividad en otros trastornos descritos por Fleischhacker y Goodwin, pero son aplicables los mismos problemas. Es claramente aplicable que ni los estudios de «eficacia» ni los de «efectividad» tienen más probabilidades de estimar la «verdad». Todos los ensayos son susceptibles a limitaciones y el diseño del estudio es un arte de tomar decisiones. Por tanto, todos los estudios han de evaluarse en forma crítica. Pese a las diferentes desventajas metodológicas de la nueva generación de ensayos independientes, desde hace mucho tiempo era necesario su resurgimiento —y la disponibilidad del gobierno y de las instituciones benéficas para financiarlos—. Todavía quedan muchas dudas clínicas importantes a las cuales no dan respuesta los ensayos diseñados sólo para satisfacer las estrechas necesidades de la industria y sus autoridades sanitarias (1, 21). Quienes diseñan los estudios con un enfoque más pragmático deben asegurarse de identificar fuentes importantes de sesgo para cada ensayo individual. Es decisivo que el diseño del ensayo sea consistente en tal grado que haga que los resultados sean creíbles y útiles —de lo contrario

los resultados difícilmente ganados serán vulnerables a las críticas de quienes no están complacidos con ellos—.

Bibliografía

1. Geddes JR. Large simple trials in psychiatry: providing reliable answers to important clinical questions. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2005;14:122-6.
2. Stroup TS, Geddes JR. Randomized controlled trials for schizophrenia: study designs targeted to distinct goals. *Schizophr Bull* (in press).
3. Schwartz D, Lellouch J. Explanatory and pragmatic attitudes in therapeutic trials. *J Chronic Dis* 1967;20:637-48.
4. Peto R, Collins R, Gray R. Large-scale randomized evidence: large, simple trials and overviews of trials. *J Clin Epidemiol* 1995;48:23-40.
5. Sackett DL. Why randomized controlled trials fail but needn't: 2. Failure to employ physiological statistics, or the only formula a clinician-trialist is ever likely to need (or understand!). *CMAJ* 2001;165:1226-37.
6. Haynes B. Can it work? Does it work? Is it worth it? *BMJ* 1999;319:652-3.
7. Schulz KF, Chalmers I, Hayes RJ et al. Empirical evidence of bias. Dimensions of methodological quality associated with estimates of treatment effects in controlled trials. *JAMA* 1995;273:408-12.
8. Wood L, Egger M, Gluud LL et al. Empirical evidence of bias in treatment effect estimates in controlled trials with different interventions and outcomes: meta-epidemiological study. *BMJ* 2008;336:601-5.
9. Bagnall AM, Jones L, Ginnelly L et al. A systematic review of atypical antipsychotic drugs in schizophrenia. *Health Technol Assess* 2003;7:1-193.
10. Cipriani A, Geddes JR. Comparison of systematic and narrative reviews: the example of the atypical antipsychotics. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2003;12:146-54.
11. Geddes J. Generating evidence to inform policy and practice: the example of the second generation "atypical" antipsychotics. *Schizophr Bull* 2003;29:105-14.
12. Geddes J, Freemantle N, Harrison P et al. Atypical antipsychotics in the treat-

ment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. *BMJ* 2000;321:1371-6.

13. Leucht S, Pitschel WG, Abraham D et al. Efficacy and extrapyramidal side-effects of the new antipsychotics olanzapine, quetiapine, risperidone, and sertindole compared to conventional antipsychotics and placebo. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Schizophr Res* 1999;35:51-68.
14. Davis JM, Chen N, Glick ID. A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:553-64.
15. Lieberman JA. Comparative effectiveness of antipsychotic drugs: a commentary on Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CULASS 1) and Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE). *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:1069-72.
16. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005;353:1209-23.
17. Rosenheck R, Perlick D, Bingham S et al. Effectiveness and cost of olanzapine and haloperidol in the treatment of schizophrenia: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;290:2693-702.
18. Jones PB, Barnes TRE, Davies L et al. Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second- vs. first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CULASS 1). *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:1079-87.
19. Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *Lancet* 2008;371:1085-97.
20. Koro CE, Fedder DO, L'Italien GJ et al. Assessment of independent effect of olanzapine and risperidone on risk of diabetes among patients with schizophrenia: population based nested case-control study. *BMJ* 2002;325:243.
21. Geddes J, Goodwin G. Bipolar disorder: clinical uncertainty, evidence-based medicine and large-scale randomised trials. *Br J Psychiatry* 2001;178:S191-4.

Mucho ruido sobre pequeñas diferencias

JOSEPH P. McEVoy

Duke University Medical Center, Durham, NC, USA

Fleischhacker y Goodwin advierten que «los metaanálisis y los análisis sistemáticos a menudo han comunicado

mensajes discrepantes» en torno a comparaciones de medicamentos antipsicóticos; se refieren a estas discrepancias

como «mutuamente contradictorias: una explicación más escueta es que, cuando sólo existe una pequeña diferencia entre un fármaco y otro y múltiples estudios comparan los dos fármacos, algunos de los estudios «detectan» la diferencia. Si no existe ninguna diferencia, sólo un estudio anómalo infrecuente «detecta» una diferencia. Éstos son principios de probabilidad fundamentales.

Fleischhacker y Goodwin también afirman que «cuando los resultados de los estudios de eficacia son positivos y un estudio de efectividad es negativo, no necesariamente debería preferirse el ensayo de efectividad —simplemente puede haber fallado—. Otros han advertido que no necesariamente deberían preferirse los ensayos de eficacia —simplemente pueden estar sesgados (1, 2)—. El término «fallado» implica que se realizó un ensayo de manera tan deficiente que no pudo detectar una diferencia entre los tratamientos cuando existe una diferencia. «Fallido» es una palabra beligerante. El empleo de tal término peyorativo suele acompañarse de una descripción detallada de las supuestas deficiencias del ensayo.

Con respecto al estudio CATIE, los autores afirman que «ese tipo de diseño por etapas puede fomentar la suspensión temprana de tratamiento en la fase I por cuanto permite la graduación hacia una segunda fase de la investigación». Los investigadores y los pacientes que intervienen en los ensayos de una sola fase tienen incentivos económicos para continuar con los fármacos asignados cuando por lo demás podrían cambiarlos; el pago de los patrocinadores a los investigadores y la atención gratuita a los pacientes cesan cuando se interrumpe el tratamiento. Al contar con fases subsiguientes no «fomentamos» la suspensión de la medicación; simplemente evitamos desalentar la suspensión. El diseño del estudio CATIE se parece a la atención clínica habitual, en la que se dispone fácilmente de tratamientos alternativos y son comunes los cambios. Las curvas de supervivencia del ensayo CATIE se corresponden muy de cerca con las curvas de cambio de antipsicótico en las extensas bases de datos administrativas.

Fleischhacker y Goodwin también cuestionan el si la selección de la perfenazina en el ensayo CATIE «representó con justicia al grupo antipsicótico típico». Éste

es un comentario desconcertante. ¿Deberíamos haber seleccionado el haloperidol para maximizar los efectos secundarios extrapiramidales, o la tioridazina para maximizar el aumento de peso y los efectos secundarios anticolinérgicos? Optamos por la perfenazina en virtud de que consideramos que ofrecía la mejor gama de beneficio terapéutico en relación con los aspectos secundarios entre los fármacos antipsicóticos clásicos (3, 4). ¿Debería uno insistir en que la ziprasidona representa con mayor justicia a los medicamentos antipsicóticos de segunda generación?

Por último, Fleischhacker y Goodwin, afirman que en el estudio CATIE «sólo cerca del 40% de todos los pacientes de la fase I recibieron las dosis máximamente permitidas». Parecen implicar que el diseño aleatorizado y enmascarado del ensayo CATIE de alguna manera limitó a los médicos para que no aumentaran las dosis. Los médicos del estudio CATIE podían ajustar la dosis a su discreción, así como también utilizar a su discreción medicamentos complementarios (p. ej., estabilizadores afectivos o antidepresivos) y medicamentos concomitantes (p. ej., fármacos antiparkinsonianos o antihipertensivos). Presuponemos que estos médicos no tenían ninguna razón para aumentar las dosis a pacientes que evolucionaron bien o que a dosis bajas presentaron efectos secundarios relacionados con las dosis. ¿Debería alguien haber presionado para que se administrara la dosis máxima disponible independientemente de tales indicadores?

Fleischhacker y Goodwin señalan deficiencias en el ensayo CUtLASS por cuanto «la percepción de los médicos puede haber favorecido a los «atípicos» y fue difícil persuadir a los médicos para que utilizaran los antipsicóticos más antiguos (y más «típicos»)). Esta misma inquietud con respecto a los sesgos del médico, desde luego, debe aplicarse a los resultados del estudio EUFEST, en el que los médicos sin enmascaramientos suspendieron con más rapidez el haloperidol que los antipsicóticos atípicos con los que se comparó, aun cuando no fuesen evidentes diferencias en los resultados en la Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) entre los fármacos. Vale la pena de notar las curvas de supervivencia equivalentes para el haloperidol y la risperidona en extensos ensayos de primer episodio con enmascaramiento (5, 6).

Una perspectiva de gran alcance de todas las comparaciones disponibles (muchas de las cuales no están bien caracterizadas por una dicotomía de «eficacia/efectividad») entre los medicamentos antipsicóticos indica que cualquier ventaja terapéutica para los medicamentos antipsicóticos de segunda generación (aparte de la clozapina) es pequeña (en comparación con sus diferencias de precios) y restringida a la amisulprida, la olanzapina y tal vez la risperidona; cualquier ventaja terapéutica de estos fármacos debe ponderarse considerando su potencial de producir alteraciones metabólicas o elevaciones de la prolactina, o ambos problemas a la vez.

Muchos pacientes tienen desenlaces terapéuticos excelentes y evitan efectos secundarios metabólicos y elevaciones de la prolactina, si se tratan con perfenazina (poco costosa) en dosis bajas (o loxapina o tiotixeno). La infratutilización de estos fármacos refleja cuestiones de comercialización más que pruebas científicas.

Bibliografía

1. Heres S, Davis J, Maino K et al. Why olanzapine beats risperidone, risperidone beats quetiapine, and quetiapine beats olanzapine: an exploratory analysis of head-to-head comparison studies of second-generation antipsychotics. *Am J Psychiatry* 2006;163:185-94.
2. Perlis RH, Perlis JS, Wu Y et al. Industry sponsorship and financial conflict of interest in the reporting of clinical trials in psychiatry. *Am J Psychiatry* 2005;162:1957-60.
3. Beasley CM Jr, Stauffer BL, Liu-Seifert H et al. All-cause treatment discontinuation in schizophrenia during treatment with olanzapine relative to other antipsychotics: an integrated analysis. *J Clin Psychopharmacol* 2007;27:252-8.
4. Tiihonen J, Wahlbeck K, Lönnqvist J et al. Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalizations due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study. *BMJ* 2006;333:224.
5. Gaebel W, Riesbeck M, Wölwer W. et al. Maintenance treatment with risperidone or low-dose haloperidol in first-episode schizophrenia: 1-year results of a randomized controlled trial within the German Research Network on Schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2007;68:1763-74.
6. Schooler N, Rabinowitz J, Davidson M et al. Risperidone and haloperidol in first-episode psychosis: a long-term randomized trial. *Am J Psychiatry* 2005;162:947-53.

El lado positivo de los ensayos de efectividad recientes

ALAN F. SCHATZBERG

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA, USA

Los ensayos de efectividad han desempeñado un papel cada vez más destacado en la evaluación de las ventajas comparativas o efectos adversos de diversos fármacos psicoactivos. Fleischhacker y Goodwin analizan los resultados de varios estudios recientes en psiquiatría y describen sus pros y sus contras. Aducen la necesidad de tales estudios de efectividad en fase III tardía o en fase IV después de la aprobación del ciclo de desarrollo de un medicamento, pero con algunas advertencias clave, resaltando la necesidad de incorporar elementos decisivos de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) tradicionales: aleatorización y enmascaramiento de la asignación. Estos factores habrían fortalecido muchos de los estudios recientes que han tenido deficiencias en cuanto a lo que realmente nos enseñan sobre el tratamiento óptimo. Ésta fue una consecuencia lamentable del estudio STAR*D, en el que pacientes internos de la fase II podían ellos mismos seleccionar el cambio a un nuevo fármaco o aumentar el tratamiento con la adición de un segundo (1, 2). Aunque las observaciones y recomendaciones de Fleischhacker y Goodwin están justificadas, tal vez sería prudente detenernos un momento y reflexionar en lo que estamos tratando de lograr, de dónde hemos venido y hacia dónde deberíamos dirigirnos.

El desarrollo clínico de fármacos en psiquiatría se ha enfocado en gran parte a demostrar la eficacia mediante el logro de dos o más ensayos preliminares positivos en los cuales se demuestra que un fármaco en etapa de investigación es estadísticamente más eficaz que el placebo para aliviar un trastorno específico (p. ej., la depresión mayor) o síntomas menos habitualmente específicos de varios síndromes (p. ej., agitación en la demencia, depresión, etc.). Los laboratorios farmacéuticos por lo general llevan a cabo cuatro a ocho estudios para generar por lo menos dos ensayos positivos. Una

solicitud a las autoridades sanitarias a menudo incluye uno o más ensayos fallidos o negativos, con suficientes ensayos positivos y efectos secundarios que no son graves ni peligrosos, para que probablemente se apruebe un fármaco. Un ensayo de un programa de desarrollo típico podría incluir 1.000 a 1.500 pacientes expuestos al fármaco. Los ensayos de fase III pueden comprender principios activos de comparación pero raras veces en números tan considerables que permitan una suficiente potencia para demostrar la superioridad de un fármaco que se investiga con respecto a un tratamiento disponible. Se utilizan en gran parte para que la llamada sensibilidad del ensayo evalúe las razones de un estudio fallido.

Este tipo de enfoque a la eficacia ha proporcionado un camino para la aprobación pero no ayuda al médico a determinar cuándo utilizar un fármaco, sobre todo en relación con compuestos más antiguos disponibles que a menudo son menos costosos. Por consiguiente, esto divide la eficacia y la efectividad.

Para remediar este problema, en los últimos años se han emprendido diversos ensayos de efectividad que muchos esperan den respuesta a preguntas clave y justifiquen sus costos. Lamentablemente, muchos han aducido que los estudios nos han enseñado poco que no hayamos sabido ya y que el costo no se ha justificado. Estos estudios no han dado respuesta a la pregunta clave que planteamos: ¿qué estrategia de medicación es mejor para el trastorno de un determinado paciente?

Sin embargo, los estudios pueden haber sido de utilidad por otras razones. Nos han permitido como especialidad, tal vez por primera vez, llevar a cabo ensayos a relativamente gran escala. Éstos han sido frecuentes en el tratamiento de pacientes con cáncer o enfermedades cardiovasculares pero han sido infrecuentes en psiquiatría. De hecho, varios de estos estudios incorporaron muestras de sujetos relativamente grandes. El desarrollo del protocolo, la implementación del estudio, la obtención y el análisis de los datos fueron bien coordinados y bien im-

plementados. Así mismo, si bien la falta de aleatorización y en ocasiones el enmascaramiento ha evitado dar respuesta a muchas interrogantes de importancia, se han sentado los fundamentos para llevar a cabo en lo futuro estudios de verdaderas comparaciones a gran escala. Así mismo, han demostrado que las muestras de ADN pueden obtenerse para valorar factores genéticos que predicen una respuesta.

Algunos comentarios con respecto a dónde deberíamos dirigirnos. Los estudios futuros pueden basarse en estas nuevas infraestructuras pero de todas maneras exigen que nos basemos en características decisivas. Como lo señalan Fleischhacker y Goodwin la aleatorización es clave para realizar comparaciones verdaderas. Se debe incorporar sistemáticamente en los ensayos. La comparación de dos estrategias activas conocidas debería facilitar tanto a pacientes como a investigadores sentirse cómodos al basarse en esta característica esencial del ensayo.

También es esencial establecer criterios de incorporación que permitan la inclusión de muchos pacientes representativos. En este aspecto necesitamos realizar algunas investigaciones y efectuar un análisis activo en relación con los riesgos y ética que implícitos en la reexposición a un fármaco específico o a una clase de fármacos. Ha habido una tendencia a excluir a sujetos basándose en un antecedente de efectos adversos o de falta de respuesta a un fármaco o clase de fármaco específicos. No raras veces podemos excluir a pacientes cuya respuesta previa —sobre todo si fue mucho tiempo antes— se había complicado con otros factores (p. ej., síntomas seudogripales concomitantes), o en quienes los efectos adversos no fueron muy graves. Con demasiada frecuencia, en los estudios realizados sobre trastornos más crónicos afrontamos el problema de la respuesta al tratamiento previo. Si incorporamos a estos pacientes, puede ser necesario estratificar la aleatorización basándose en la respuesta positiva o negativa.

Con mayor experiencia, los estudios a gran escala deben reevaluarse en cuanto al diseño óptimo. ¿Deberíamos agrupar subestudios que comparan dos fármacos A frente a B, C frente a D en los ensayos más extensos? ¿Deberíamos utilizar ajustes de la aleatorización basados en los resultados hasta el momento (p. ej., las llamadas estrategias de jugar al ganador)

(3)? Estos elementos podrían aumentar la potencia del diseño del estudio.

Las muestras de ADN para la farmacogenética deberían obtenerse sistemáticamente en estudios a gran escala o incluso en estudios más pequeños dentro de los programas de desarrollo de fármacos a gran escala. De hecho, es una ventaja de los estudios recientes, de manera que varios de ellos ya han comunicado datos de predicción genética interesantes (4-6). Lamentablemente, no se obtuvieron algunas muestras de ADN al inicio, antes de comenzar la administración del fármaco, de manera que pueden haberse perdido los datos importantes sobre deserciones o intolerancia a los fármacos. Por consiguiente, las muestras genéticas verdaderamente deberían ser parte sistemática del diseño —es decir, obtenerse en todos los sujetos al inicio del estudio— (7). Estos tipos de datos pueden entonces combinarse con medidas clínicas para idear moderadores o pronosticadores de respuesta (8). A medida que obtengamos más datos, se podrían desarrollar criterios para evaluar la utilidad de tales pronosticadores en la selección

de fármacos y para determinar cuándo adoptarlos clínicamente. Esto nos ayudará a avanzar más allá de una conclusión de que los fármacos más nuevos no son más útiles que los más antiguos hacia una recomendación de que un determinado paciente se trataría mejor con uno u otro fármaco. Esto es lo que al fin y al cabo deseamos de estos estudios: mayores efectos favorables para el paciente en nuestro consultorio o en nuestra sala de espera. Luego tendremos que estar preparados para un ejercicio clínico que se base más en el individuo. Los ensayos de efectividad reciente deben verse como un paso en la evolución de nuestra especialidad clínica, tanto en lo referente a la investigación como a las aplicaciones de los tratamientos.

Bibliografía

1. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR et al. Bupropion-SR, sertraline, or venlafaxine-XR after failure of SSRIs for depression. *N Engl J Med* 2000;354:1231-42.
2. Trivedi MH, Fava M, Wisniewski SR et al. Medication augmentation after the failure of SSRIs for depression. *N Engl J Med* 2006;354:1243-52.
3. Krishnan KRR. Efficient trial designs to reduce placebo requirements. *Biol Psychiatry* 2000;47:724-6.
4. Perlis RH, Purcell S, Fava M et al. Association between treatment-emergent suicidal ideation with citalopram and polymorphisms near cyclic adenosine monophosphate response element building protein in the STAR*D study. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:689-97.
5. Lekman M, Laje G, Charney D et al. The FKBP5-gene in depression and treatment response – an association study in the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D) Cohort. *Biol Psychiatry* 2008;63:1103-10.
6. Campbell DB, Ebert PJ, Skelly T et al. Ethnic stratification of the association of RGS4 variants with antipsychotic treatment response in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2008;63:2-41.
7. Murphy GM Jr, Kremer C, Rodrigues HE et al. Pharmacogenetics of antidepressant medication intolerance. *Am J Psychiatry* 2003;160:1830-5.
8. Kraemer HC, Frank E, Kupfer DJ. Moderators of treatment outcomes: clinical, research, and policy importance. *JAMA* 2006;296:1286-9.

¿Los estudios sobre antipsicóticos en «el mundo real» nos indican la verdad real?

HANS-JÜRGEN MÖLLER

Department of Psychiatry, University of Munich, Nussbaumstrasse 7, Munich, German

En los últimos años, los llamados estudios de «efectividad» o «de la vida real» («estudios pragmáticos») cada vez han adquirido más importancia, sosteniendo que pueden brindar una mejor respuesta a las interrogantes relativas a la eficacia y los efectos secundarios del tratamiento psicofarmacológico que los estudios de la fase III. Sin embargo, la verdadera ventaja de estos estudios de «efectividad» sobre los antipsicóticos sigue siendo cuestionable (1). No obstante, esto no niega que los estudios de efectividad, al igual que otras clases de estudios de la fase IV, puedan brindar una perspectiva complementaria de los resultados de los estudios de la fase

III. Algunos estudios de efectividad parecen tener una diferente clase de selección de pacientes que los ensayos de la fase III, pero no son del todo representativos de las muestras clínicas promedio. A menudo, pueden seleccionarse pacientes con síntomas más leves o más crónicos que en el caso de los estudios de fase III, lo que dificulta más demostrar los efectos farmacológicos, y en concreto las diferencias entre los fármacos, dado que un subgrupo pertinente de pacientes podrían no responder parcialmente a un fármaco.

En contraste con los estudios de la fase III, el método de «la vida real» permite más comorbilidad, medicación concomitante, etc., de manera que puede obtenerse una gama más amplia de información

que de los estudios respectivos de fase III. Sin embargo, a menudo no hay un análisis diferenciado de la influencia de estas variables. Por consiguiente, no se obtiene ninguna ventaja de la posibilidad de saber más sobre estos «factores de confusión». Por otra parte, la incorporación de tales «factores de confusión» (desde la perspectiva de un ensayo III) aumenta la varianza y los resultados en un cociente de señal a ruido reducido, lo cual dificulta más encontrar las diferencias entre los dos grupos (problemas de error beta) aun cuando estos factores sean considerados adecuadamente en el análisis estadístico. En ocasiones podría incluso resultar difícil juzgar sin condiciones de placebo si un fármaco tiene un verdadero efecto, sobre todo si la diferencia pre-post es inesperadamente baja y si no existen diferencias entre dos activos que se comparan. Debería cuestionarse si los criterios de variables primarias pragmáticas como la «suspensión», o las variables categóricas similares como «nivel de atención», realmente son criterios de variables ideales, dado el hecho

de que fácilmente pueden ser incluidas por los investigadores (quienes pueden estar sesgados por sus expectativas si es que no son objeto de enmascaramiento) y son de utilidad psicométrica más deficiente que las dimensionales.

Otra medida de desenlace global que se utiliza como un criterio principal de valoración en los estudios de efectividad es la «calidad de vida». No hay duda de que éste es un criterio de valoración importante que refleja la dimensión subjetiva de la experiencia del paciente. El método clásico evalúa la calidad de vida utilizando la escala de autocalificación a fin de garantizar la perspectiva subjetiva. El empleo de escalas de autoevaluación tiene sus pros y sus contras. Proporcionan una perspectiva complementaria a la evaluación del mismo concepto/dimensión del observa-

dor (1). La correlación entre las calificaciones del observador y las autocalificaciones podría no ser considerable y puede ser muy mutable, lo que depende del estado psicopatológico por lo que respecta a gravedad y tipo de síntomas. A menudo no resulta claro qué es lo que exactamente reflejan las autocalificaciones de la calidad de vida. Si se utiliza tal escala como el criterio principal de valoración de un estudio, es dudoso que sea tan sensible que detecte diferencias intergrupales de cambios provocados por tratamiento, dada la alta varianza de autocalificación en general y de autocalificaciones de la calidad de vida en concreto.

En resumen, en virtud de los métodos menos restrictivos, los estudios de efectividad no pueden falsificar los resultados de los estudios de fase III de diseño

cuidadoso, sino que sólo pueden proporcionar una perspectiva complementaria. Pese al grado de atención que se le presta, no deberíamos comenzar a dudar de las observaciones previas de estudios de fase III sobre los antipsicóticos; más bien, deberíamos continuar considerando toda la gama de pruebas disponibles y utilizarlas como guía para un enfoque terapéutico basado en evidencia (2).

Bibliografía

1. Möller HJ. Do effectiveness ("real world") studies on antipsychotics tell us the real truth? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008;258:257-70.
2. Möller HJ, Maier W. Evidence based medicine in psychiatry. *World J Biol Psychiatry* (in press).

La búsqueda de una base de evidencia significativa en psiquiatría

ROBIN EMSLEY, SUE HAWKRIDGE

Department of Psychiatry, Faculty of Health Sciences, Stellenbosch University, Tygerberg 7505, Cape Town, South Africa

Aunque el resto de los médicos avanzaron sin tropiezos y con confianza hacia la época de la medicina basada en evidencia, la psiquiatría en un principio se mostró renuente a seguir y lenta en adaptarse a sus principios. Sin embargo, en la actualidad un número cada vez mayor de psiquiatras están aceptando con entusiasmo un enfoque basado en evidencia y exigiendo «la evidencia» para todas las intervenciones terapéuticas. El problema con este enfoque es que la evidencia a menudo es no concluyente, incongruente e incluso contradictoria, conllevando el riesgo de que aquellos con intereses específicos puedan seleccionar la evidencia para ajustarla a sus necesidades.

Los estudios que no logran demostrar ventajas para los fármacos más nuevos son impulsados por las organizaciones que proporcionan financiamiento y utilizados para aducir a favor del retorno a los antipsicóticos de primera generación (más económicos) (APG). Al mismo tiempo, estos estudios son descartados por quienes promulgan los fármacos más

nuevos, quienes señalan los defectos metodológicos que son inherentes a todos los ensayos clínicos.

Dado que gran parte de los síntomas psiquiátricos se mantienen subjetivos, es mucho más difícil acumular evidencia basada en criterios objetivos. Pese al avance alentador en la capacidad para tratar con eficacia la mayoría de los trastornos psiquiátricos, sigue habiendo desventajas importantes para el ejercicio clínico y los desenlaces del tratamiento «en la vida real» a menudo son insatisfactorios. Parte del problema radica en determinar cuál es el mejor procedimiento basándose en la evidencia disponible. El conjunto de «evidencia» que se publica cada mes en las revistas científicas puede ser motivo de perplejidad.

El artículo publicado por Fleischhacker y Goodwin proporciona un análisis oportuno y esclarecedor de algunas de las dificultades que los psiquiatras experimentan al tratar de poner en práctica los datos derivados de las investigaciones. Por consiguiente, el ensayo aleatorizado comparativo (EAC) —el estudio primordial de la medicina basada en evidencia— es asediado en psiquiatría y ha sido criticado, entre otras cosas, por no reflejar con exactitud las condiciones

«de la vida real» (1). La respuesta de placebo importante y creciente y las tasas de deserción inherentes a los ensayos aleatorizados comparativos se ha convertido en la pesadilla recidivante de los estadísticos, arrojando serias dudas sobre la validez de los resultados de los ensayos. Para tratar de contrarrestar las desventajas de los EAC, están apareciendo con más frecuencia los llamados estudios «pragmáticos» en la bibliografía. Sin embargo, estos estudios, con acrónimos atractivos que parecen prometer mucho, por ejemplo, CATIE (2), CUtLASS (3), CAFE (4), EUFEST (5) y STAR*D (6), están amenazando con confundir aún más el panorama. Están resultando igual de difíciles de interpretar y están creando considerable controversia. Parece que, con cada nuevo estudio realizado, se genera una serie adicional de preguntas sin respuesta.

Fleischhacker y Goodwin defienden conservar tanto los EAC como los ensayos pragmáticos, estos últimos en una etapa más temprana del desarrollo de medicamento, antes que se hayan formado las opiniones inamovibles. Al combinar las ventajas de los EAC científicamente rigurosos con las de la experiencia y práctica más cercana a la vida

real de los ensayos pragmáticos, es esperar que nos acerquemos más a establecer cuáles tratamientos son mejores para nuestros pacientes. Aunque desde luego esto es congruente, por sí solo podría no ser suficiente, ya que la dificultad radica no sólo en obtener evidencias sino también en interpretar los resultados. Parte del problema puede ser que tenemos demasiadas expectativas para cada estudio individual —estos ensayos suelen estar diseñados para abordar una o dos preguntas— y sin embargo, a menudo tratamos extrapolar las observaciones a otros aspectos y a otras poblaciones de pacientes. Por ejemplo, el estudio CATIE reveló que el antipsicótico de primera generación (APG) perfenazina tenía una sorprendente eficacia en comparación con los antibióticos de segunda generación. Sin embargo, puede ser peligroso generalizar esta observación a otros APG como el haloperidol. Ningún ensayo clínico individual, sea un estudio aleatorizado controlado o pragmático, está diseñado para dar respuesta a todas las preguntas o para constituir una base para los protocolos de tratamiento definitivos —cada estudio añade un poco a la base de conocimientos—. Esto significa que la «evidencia» en la cual se basa la práctica comprenderá una gran cantidad de conocimiento a veces incongruente. Los médicos deben tener la capacidad de integrar en su ejercicio diario conclusiones justificables a partir de cada nuevo fragmento de conocimiento y la interpretación exacta y aplicación en la práctica necesitará un enfoque acumulado a largo plazo, no un enfoque exclusivo apresurado y a veces oportunista sobre cada nuevo fragmento de datos que surja.

Sin embargo, propondríamos que no basta con abordar el status quo con precaución; que necesitamos hacer más para eliminar el sesgo. Es necesario abordar de manera urgente el sesgo de publicación. Las consecuencias de la publicación selectiva de resultados positivos se ha vuelto dolorosamente clara en la controversia en torno al empleo de antidepresivos y otros fármacos afines en adolescentes (7). Los diversos registros de ensayos clínicos recién establecidos serían de cierta ayuda para prevenir que se repita esta situación, en la cual las directrices de tratamiento internacionalmente aceptadas e implementadas parecen haberse basado inadvertidamente en datos incompletos. Es necesario normar con cuidado la influencia de las industrias farmacéutica y de dispositivos médicos, acusadas de impugnar la integridad de la ciencia médica (8, 9).

La calidad de los datos clínicos de los EAC puede mejorarse si se minimizan los incentivos para la incorporación (sobre todo la incorporación rápida), mediante la confirmación de métodos impecables y el empleo de criterios de valoración apropiados. La capacitación rigurosa de los investigadores puede mejorar la exactitud de los datos clínicos obtenidos. La utilidad de los ensayos pragmáticos puede aumentarse mediante una selección más amplia de los contextos clínicos, lo que comprende poblaciones de pacientes de los países en vías de desarrollo y de otros contextos de bajos ingresos. Tal vez sea más importante que los médicos necesitarán mantener un enfoque no dogmático, un conocimiento minucioso de toda la evidencia y un criterio clínico lógico, para los cuales no hay ningún sustituto.

Bibliografía

1. Gilbody S, Wahlbeck K, Adams C. Randomized controlled trials in schizophrenia: a critical perspective on the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:243-51.
2. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005; 353:1209-23.
3. Jones PB, Barnes TR, Davies L et al. Randomized controlled trial of the effect on Quality of Life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1). *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:1079-87.
4. McEvoy JP, Lieberman JA, Perkins DO et al. Efficacy and tolerability of olanzapine, quetiapine, and risperidone in the treatment of early psychosis: a randomized, doubleblind 52-week comparison. *Am J Psychiatry* 2007;164:1050-60.
5. Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *Lancet* 2008;371:1085-97.
6. Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR et al. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *Am J Psychiatry* 2006;163:28-40.
7. Hammad TA, Laughren T, Racoosin J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:332-9.
8. DeAngelis CD, Fontanarosa PB. Impugning the integrity of medical science: the adverse effects of industry influence. *JAMA* 2008;299:1833-5.
9. Fava GA. Financial conflicts of interest in psychiatry. *World Psychiatry* 2007;6:19-24.

La utilidad de los ensayos de eficacia y efectividad

A. JOHN RUSH

Duke-NUS Graduate Medical School Singapore, Jalan Bukit Merah, 169547 Singapore

Fleischhacker y Goodwin exponen algunos puntos importantes en torno a la utilidad de los estudios de eficacia y efectividad en el contexto del análisis de los recientes ensayos pragmáticos extensos.

Señalan al principio que si los ensayos de eficacia y efectividad llegasen a conclusiones diferentes, debemos confiar en los ensayos de eficacia. También advierten que las observaciones de los ensayos de eficacia, si son positivas, son válidas para un subgrupo limitado de pacientes (es decir, aquellos que cumplen los criterios de

incorporación a menudo restrictivos que se utilizan en los ensayos de eficacia o aquellos que se están tratando bajo «condiciones de investigación» en los cuales se proporciona un tratamiento enérgico). Sin embargo, más adelante en sus conclusiones, se muestran un poco más tolerantes de los ensayos de efectividad diciendo que son como se necesitan, e incluso recomiendan que se exijan los ensayos de efectividad antes que se le permita a un laboratorio fabricante la comercialización completa de su medicamento. ¿Así que cuál es la conclusión? ¿Son o no útiles los ensayos de efectividad?

Mi punto de vista coincide pero no por completo con el de ellos. No creo que sean dos tipos de ensayo (es decir, eficacia frente a efectividad). Se formulan diseños específicos para dar respuesta a preguntas específicas. Diferentes preguntas engendran diferentes diseños. Diferentes diseños originarán diferentes respuestas como debería ser, ya que están respondiendo a diferentes preguntas.

Los estudios de eficacia (fase II-III) están diseñados con una máxima validez interna para responder a preguntas como: cuál es la eficacia, la seguridad y la tolerabilidad del tratamiento «X» en comparación con el placebo (es decir, para aislar los efectos clínicos de la molécula o el dispositivo sólo al paciente (según se expresa por los efectos secundarios) y a la enfermedad (según se expresa por los efectos terapéuticos o agravantes).

Los ensayos de efectividad implican una serie de diseños diferentes, que abordan una gama de preguntas diferentes. Específicamente, según lo observan Fleischhacker y Goodwin, estos ensayos incorporan a una gama más amplia de pacientes, utilizan una gama más diversa de variables «clínicamente importantes» y proporcionan tratamiento bajo condiciones «habituales» frente a las de «investigación» (que no necesariamente aumentan la retención y a la vez conllevan el riesgo de una infradosificación). Cuando un ensayo de eficacia revela eficacia, la magnitud del efecto bien puede ser diferente a lo observado en la práctica, lo que depende de quiénes se están tratando (es decir, qué pacientes) y cómo se están tratando. En el caso de la depresión, los pacientes con manifestaciones de ansiedad pueden tener una evolución menos satisfactoria (1) que los menos ansiosos, aun cuando se traten de manera equivalente. De hecho, según lo demostró el estudio STAR*D, el momento en el cual, en una serie de intervenciones,

se utiliza un tratamiento, modificará las posibilidades de remisión (2).

Estoy en sustancial acuerdo con la conclusión de los autores: de que los dos «tipos» de ensayos son útiles. Cada uno ayuda a nuestra comprensión. Ningún diseño proporciona un camino único a la verdad. Más bien, la primera pregunta es: ¿realmente funciona el tratamiento potencial en los pacientes no muy complicados y a qué costo o riesgo (p. ej., efectos adversos) para ellos? Si el beneficio supera los efectos negativos (según se evalúan en los ensayos de eficacia), entonces ¿dónde, cómo y en quién se recomienda el tratamiento? Estas últimas preguntas son abordadas parcialmente por los llamados estudios de «efectividad». Los diseños pueden mantenerse constantes o permitir varianza en las características y los tipos de paciente (p. ej., comorbilidades, medicamentos concomitantes, etc.), procedimientos de tratamiento (p. ej., frecuencia de consultas, dosis hasta lograr el ajuste, etc.), donde se utiliza el tratamiento en una secuencia de tratamientos (es decir, niveles de resistencia al tratamiento), etcétera.

Además, los estudios de efectividad pueden abordar otros aspectos prácticos. En el estudio STAR*D, por ejemplo, los pacientes podían seleccionar entre estrategias de tratamiento. Un número sustancial opta por aumentar, en tanto que otros optan por cambiar de fármaco. Los diferentes tratamientos de cambio y aumento de la medicación no fueron diferentes en cuanto a las tasas de remisión —una respuesta clara a la pregunta sobre la eficacia comparativa de fármacos «de una misma clase», «de clase diferente» o de «acción doble» como tratamiento modificado en un segundo paso, por ejemplo—. No es de sorprender que un mucho menor número de pacientes opten por cambiar y aumentar la medica-

ción. Los pacientes con efectos secundarios frecuentes y eficacia deficiente del paso 1 lógicamente desearían un cambio. Aquellos con algunas ventajas y efectos secundarios tolerables del paso 1 lógicamente no querrían perder la ventaja y por tanto preferirían aumentar la medicación. Lo que resultó más interesante fue la observación del estudio STAR*D de que los mayores grados de resistencia tienen un efecto importante sobre los desenlaces —tanto en la etapa aguda como durante el seguimiento—. En consecuencia, cuándo se utiliza un tratamiento tiene la misma importancia que cómo y en qué pacientes se va a utilizar. Esta observación debería afectar a los diseños subsiguientes en los ensayos de eficacia.

Los estudios de eficacia sólo pueden evaluar la eficacia bajo condiciones específicas. Si los estudios de efectividad tienen variables diferentes, entonces lógicamente, no es el caso de que el tratamiento nunca funcionará. Más bien, es probable que el tratamiento funcione sólo bajo las condiciones selectas definidas por subgrupos de pacientes, métodos de tratamiento o en qué parte en la secuencia de tratamientos se utiliza el fármaco, por ejemplo.

En conclusión, cada tipo de ensayo (eficacia/efectividad) proporciona contribuciones esenciales a la mejor manera de tratar a nuestros pacientes.

Bibliografía

1. Fava M, Rush AJ, Alpert JE et al. Difference in treatment outcome in outpatients with anxious versus nonanxious depression: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 2008;165:342-51.
2. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 2006;163:1905-17.

Funcionamiento social y calidad de vida como criterios de efectividad en el tratamiento de la esquizofrenia

JUN SOO KWON, JUNG-SEOK CHOI

Department of Psychiatry, Seoul National University College of Medicine, 101 Daehak-ro, Chongno-gu, Seoul, Korea

Desde la perspectiva de los médicos, los ensayos clínicos más útiles son los que evalúan la efectividad de un medi-

camento, es decir, los que determinan qué tan bien funciona el medicamento en las condiciones del ejercicio clíni-

co real. Los ensayos clínicos diseñados para determinar la efectividad deberían utilizar criterios de valoración que tengan la máxima importancia clínica para los médicos, con la meta de maximizar la posibilidad de generalización y abordar preguntas prácticas sobre riesgos, beneficios y costos de una intervención en el ejercicio clínico sistemático (1). Quisiéramos resaltar la importancia del funcionamiento social y de la calidad de vida (QOL) como variables en los ensayos clínicos sobre pacientes esquizofrénicos.

Investigaciones recientes han demostrado que los antipsicóticos atípicos mejoran la calidad de vida en los pacientes esquizofrénicos (2). Sin embargo, los estudios que incorporan la calidad de vida en la evaluación de la efectividad a largo plazo son escasos e inconsistentes. Fleischhacker y Goodwin resumen los resultados del estudio Costo-Utilidad de los Últimos Fármacos Antipsicóticos en Esquizofrenia (CUtLASS) (3), en el que se utilizó la escala de la calidad de vida (4) como el criterio principal de valoración para evaluar la efectividad del tratamiento. En el estudio (CUtLASS) no se observó ninguna desventaja de los antipsicóticos de primera generación en comparación con los antipsicóticos de segunda generación no relacionados con la clozapina. Así mismo, en un ensayo comparativo y aleatorizado de doble enmascaramiento, Rosenheck y cols. (5) comunicaron que los criterios de efectividad no demostraron ninguna ventaja para la olanzapina en comparación con el haloperidol en cuanto a la calidad de vida global. En contraste, un estudio de observación natural en pacientes con esquizofrenia sometidos a la atención habitual indicó que el tratamiento con ziprasidona producía una mejor satisfacción con las actividades generales según se determinó por el cuestionario de disfrute y satisfacción con la calidad de vida (6).

Al medir la QOL en pacientes que toman antipsicóticos, es importante reconocer que diversos factores pueden influir en los desenlaces de la QOL: éstos consisten en efectos secundarios y dosis diaria del antipsicótico, síntomas

depresivos y negativos, duración de tratamiento y tolerabilidad subjetiva. En un estudio comparativo natural, Ritsner y cols. (7) no demostraron ninguna diferencia en la QOL general entre los pacientes utilizando antipsicóticos atípicos frente a típicos. Sin embargo, después del ajuste con respecto a la dosis diaria, la duración del tratamiento y la tolerabilidad subjetiva, las medidas de la QOL indicaron que los antipsicóticos atípicos (olanzapina y risperidona) eran mejores que los típicos.

Algunos ensayos aleatorizados comparativos sobre los antipsicóticos han utilizado una escala de funcionamiento social como un criterio de valoración, por ejemplo, la Escala de Evaluación del Funcionamiento Social y Laboral (8, 9), la Encuesta de Salud del Estudio de Desenlaces Médicos de formato breve de 36 apartados (10) o la Escala de Desempeño Personal y Social (PSP) (11). Sin embargo, estos ensayos en gran parte han implicado intervenciones a corto plazo, limitando su capacidad para detectar cambios significativos en el funcionamiento social de los pacientes. En la actualidad estamos llevando a cabo un ensayo clínico aleatorizado, comparativo y abierto en Corea para evaluar las mejoras en el funcionamiento social de los pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. El estudio compara la risperidona inyectable de acción prolongada frente a la administrada por vía oral utilizando un modelo híbrido que evalúa tanto la eficacia como la efectividad después de un año de tratamiento. Los criterios principales de valoración en este estudio son la PSP y la Escala de Funcionamiento Social.

Las escalas utilizadas para evaluar el funcionamiento social y la QOL en los ensayos clínicos deben ser apropiadas a la población de estudio y el estado clínico y habrán de medir varias dimensiones del funcionamiento social y de la QOL. Así mismo, necesitamos desarrollar escalas que midan el funcionamiento independientemente de los síntomas y que sean sensibles a los cambios durante la evolución de la enfermedad.

Bibliografía

1. Tunis SR, Stryer DB, Clancy CM. Practical clinical trials: increasing the value of clinical research for decision making in clinical and healthy policy. *JAMA* 2003;290:1624-32.
2. Montes JM, Ciudad A, Gascon J et al. Safety, effectiveness, and quality of life of olanzapine in first-episode schizophrenia: a naturalistic study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2003;27:667-74.
3. Jones PB, Barnes TR, Davies L et al. Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1). *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:1079-87.
4. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull* 1984;10:388-98.
5. Rosenheck RR, Perlick D, Bingham S et al. Effectiveness and cost of olanzapine and haloperidol in the treatment of schizophrenia: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;290:2693-702.
6. Endicott J, Nee J, Harrison W et al. Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: a new measure. *Psychopharmacol Bull* 1993;29:321-6.
7. Ritsner M, Gibel A, Perelroyzen G et al. Quality of life outcomes of risperidone, olanzapine, and typical antipsychotics among schizophrenia patients treated in routine clinical practice: a naturalistic comparative study. *J Clin Psychopharmacol* 2004;24:582-91.
8. Merlo MC, Hofer H, Gekle W et al. Risperidone, 2 mg/day vs. 4 mg/day, in first-episode, acutely psychotic patients: treatment efficacy and effects on fine motor functioning. *J Clin Psychiatry* 2002;63:885-91.
9. Mortimer A, Martin S, Loo H et al. A double-blind, randomized comparative trial of amisulpride versus olanzapine for 6 months in the treatment of schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol* 2004;19:63-9.
10. Strakowski SM, Johnson JL, Delbello MP et al. Quality of life during treatment with haloperidol or olanzapine in the year following a first psychotic episode. *Schizophr Res* 2005;78:161-9.
11. Kane J, Canas F, Kramer M et al. Treatment of schizophrenia with paliperidone extended-release tablets: a 6-week placebo-controlled trial. *Schizophr Res* 2007;90:147-61.

Migraña en adolescentes mexicanos con trastornos afectivos

STEVEN C. DILSAVER^{1,2}, FRANCO BENAZZI^{3,4}, KETIL J. OEDEGAARD^{5,6,8}, OLE B. FASMER^{5,6}, KAREEN K. AKISKAL⁷, HAGOP S. AKISKAL^{8,9}

¹Comprehensive Doctors Medical Group, Inc., Arcadia, CA, USA

²Mental Health Mental Retardation Clinic, Rio Grande City, TX, USA

³Hecker Psychiatry Research Center, and Department of Psychiatry, National Health Service, Forlì, Italy

⁴Department of Psychiatry, University of Szeged, Hungary

⁵Department of Clinical Medicine, Section for Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Bergen, Norway

⁶Division of Psychiatry, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway

⁷French Union of Depressive and Manic Depressive Association, Rennes, France

⁸International Mood Disorders Program, Department of Psychiatry, University of California at San Diego, La Jolla, CA, USA

⁹Veterans Administration Medical Center, San Diego, CA, USA

El objetivo de este estudio representativo fue determinar la prevalencia de cefalea de tipo migraña en adolescentes estadounidenses de origen mexicano. El presente estudio es, a nuestro entender, el primero sobre la prevalencia de la migraña en adolescentes deprimidos de cualquier medio étnico/racial. En una clínica de salud mental para indigentes, 132 adolescentes latinoamericanos consecutivos que cumplieron con los criterios del DSM-IV para un episodio depresivo mayor fueron comparados con una muestra de adolescentes con otros trastornos mentales. Se utilizó la regresión logística para examinar las interrelaciones y para el control con respecto a los efectos de confusión. La prevalencia de la migraña en adolescentes deprimidos fue seis veces mayor que la de los pacientes que se utilizaron para la comparación (OR = 5,98, $z = 2,35$, $p = 0,019$). Esta observación es compatible con los informes previamente publicados sobre muestras en adultos, en los cuales se observó que la prevalencia de la migraña superaba a la de la población general. Sin embargo, contrario a lo que previamente hemos observado en adultos latinoamericanos, la prevalencia de la migraña no fue más elevada en adolescentes bipolares que en unipolares.

Palabras clave: Migraña, depresión, latinoamericanos, trastornos afectivos, trastornos concomitantes.

La migraña es la variante más frecuente de cefalea episódica crónica (1). Los resultados de un estudio epidemiológico importante revelaron que la prevalencia anual de las migrañas en varones y mujeres estadounidenses es del orden de un 6% y un 15-17%, respectivamente (2).

Zwart y cols. (3) determinaron la prevalencia de la migraña a 12 meses en sujetos adolescentes que vivían en un condado de Noruega durante el periodo de 1995-1997. Su base de datos comprendió 8.255 sujetos de entre 13 y 18 años de edad. De éstos, se valoraron 5.487 mediante una entrevista personal, en la cual se les preguntó si experimentaron cefaleas recidivantes en los 12 meses previos. Los que respondieron en forma afirmativa fueron clasificados como portadores de cefaleas tensionales, migrañas o inclasificables. La prevalencia de la migraña a 12 meses fue de un 7%.

Fendrich y cols. (4) confirmaron la prevalencia de la migraña durante tres meses en sujetos de entre 12 y 15 años de edad en un estudio transversal basado en la población en Alemania. Todos los estudiantes que cursaban el séptimo, el octavo y el noveno grados fueron aptos para incluirse en el estudio. De los 3.699 estudiantes aptos, 3.324 participaron en el estudio. La prevalencia de la migraña fue de un 6,9%.

La prevalencia de la migraña en adultos con trastornos afectivos sobrepasa a la de los adultos en la población general (5-13). Mahmood y cols. (5) fueron, a nuestro entender, los primeros investigadores en informar que la migraña es común en personas con trastorno bipolar. La prevalencia de la migraña en el curso de la vida en pacientes bipolares en su muestra fue de un 30%.

En una población de adultos latinoamericanos, observamos que los que padecían trastorno bipolar tenían una probabilidad casi tres tantos mayor de padecer migraña que aquellos con un trastorno depresivo mayor (54% frente a 29%, OR = 2,9, $p < 0,0001$) (14). Fasmer y Oedegaard (7) observaron que la prevalencia de las migrañas en el curso de la vida en pacientes bipolares y unipolares era, respectivamente, de un 57% y un 45%, en tanto que Fasmer (6) comunicó que la prevalencia de la migraña en el curso de la vida en pacientes bipolares y unipolares era de un 44% y un 46%, respectivamente.

Recién informamos que el 76% de los adolescentes latinoamericanos que cumplían con los criterios para un trastorno depresivo mayor tenían por lo menos una de cuatro manifestaciones de dolor (15). La diferencia en la prevalencia del dolor entre estos pacientes y los sujetos de control psiquiátricos fue espectacular.

En ese estudio previo (15) no exploramos la posibilidad de que la prevalencia de la migraña en adolescentes deprimidos superara a la de los sujetos de control. Ahora queremos analizar esta posibilidad e investigar si la prevalencia de la migraña es mayor en adolescentes con trastorno bipolar que en aquellos con un trastorno depresivo mayor. Este estudio es, a nuestro entender, el primero con estos objetivos.

MÉTODOS

El estudio fue realizado en una clínica de pacientes psiquiátricos externos de un sector público en que se atiende a indigentes y que está situada en un espacio rural del Condado

Starr Texas, una región muy pobre de EE.UU asentada en Río Grande. El condado tenía una población de 53.597 personas en el censo del año 2000. Su composición racial es 99% estadounidenses de origen mexicano y 1% otros.

Ciento treinta y dos adolescentes consecutivos (de entre 12 y 17 años de edad) que cumplían con los criterios del DSM-IV para un episodio depresivo mayor, según se verificó mediante la entrevista clínica estructurada para el DSM-IV (SCID-CV) (16), fueron incorporados para el estudio. Un criterio de exclusión fue cualquier enfermedad física que podría ser una causa posible de la cefalea, según se verificó mediante la anamnesis y la revisión por sistemas.

El grupo de control estuvo constituido por 47 adolescentes sin depresión mayor sin ninguna enfermedad física que pudiera ser la causa de la cefalea. Los diagnósticos en el grupo de control, verificados mediante la SCID-CV, fueron un trastorno de adaptación, trastorno por déficit de atención e hiperactividad o trastorno por toxicomanía.

La entrevista diagnóstica incluyó la pregunta «¿Has estado padeciendo cefaleas en la última semana?».

Los pacientes que respondieron a esta pregunta en forma afirmativa se les hicieron preguntas explícitas con respecto a las características de la cefalalgia. Nuestra definición de migraña incluía el dolor más intenso en un lado de la cabeza y el dolor pulsátil concomitante simultáneo en ese mismo lado. Este método de clasificar la migraña tuvo una sensibilidad del 87% y una especificidad del 50% para la migraña según la define la Sociedad Internacional de la Cefalea (17).

No se necesitó consentimiento informado, ya que se obtuvieron los datos en el curso de la prestación de servicios clínicos sistemáticos.

Se utilizó la regresión logística para examinar las relaciones y para el control con respecto a los efectos de confusión. Los valores de la P fueron bilaterales y el valor crítico de alfa se estableció en 0,05.

RESULTADOS

La muestra de adolescentes deprimidos incluyó 88 pacientes con un diagnóstico de trastorno depresivo mayor conforme al DSM-IV (29 varones y 59 mujeres, media de edad, $14,3 \pm 1,6$ años) y 44 pacientes con un trastorno bipolar conforme al DSM-IV (21 varones y 23 mujeres, media de edad $14,4 \pm 1,6$ años). El grupo defensor comprendió 47 pacientes (14 varones y 33 mujeres, media de edad $14,6 \pm 1,5$ años).

De los pacientes deprimidos, el 60,6% tuvieron cefalea tensional o migraña, en comparación con el 14,9% del grupo de control. Esta diferencia es muy significativa ($OR = 8,14$; $z = 4,89$; $p < 0,0001$; IC del 95% = 3,33-19,94).

La prevalencia de la migraña en los pacientes con trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar fue del 26,5% y 25,0%, respectivamente ($OR = 1,04$; $z = 0,09$; $p = 0,93$; IC del 95 = 0,44-2,45). La prevalencia de la migraña en el grupo de control fue 4,3%. Los pacientes con un episodio depresivo mayor tuvieron más probabilidades de presentar migraña que los del grupo de control ($OR = 5,98$; $z = 2,35$; $p = 0,019$; IC del 95% = 1,34-26,59). Los que padecían un trastorno depresivo mayor ($OR = 5,92$; $OR, z = 2,28$; $p = 0,023$, IC del 95% = 1,28-27,34) y aquellos con trastorno bipolar ($OR = 6,15$; $z = 2,23$; p

= 0,026; IC del 95% = 1,25-30,4) tuvieron más probabilidades de padecer migraña que los del grupo de control.

DISCUSIÓN

Éste es el primer estudio de la prevalencia de la migraña en adolescentes deprimidos estadounidenses de origen mexicano. También es, a nuestro entender, el primer estudio en revelar una mayor prevalencia de migraña en adolescentes deprimidos de cualquier antecedente étnico/racial en relación con un grupo de comparación.

El enfoque del estudio fue una población latinoamericana que vive en una comunidad semicerrada. Esto plantea dudas en torno a la generabilidad de los resultados. Sin embargo, la población latina de estadounidenses de origen mexicano es el segmento de la sociedad estadounidense que tiene el crecimiento más rápido. Este cambio demográfico determina que los profesionales de la atención sanitaria cada vez se percaten más de las actitudes hacia la atención a la salud, los problemas y las necesidades de esta población.

Nuestros datos son compatibles con los resultados que implican muestras de adultos, lo que indica que la tasa de migraña en personas con trastornos afectivos sobrepasa sustancialmente la de los individuos sin afección afectiva (5-13).

Comunicamos con anterioridad que en los adultos del Condado Starr aquellos con trastorno bipolar tienen una probabilidad casi tres tantos mayor de padecer migraña que aquellos con un trastorno depresivo mayor (54% frente a 29%, $OR = 2,9$; $p < 0,0001$) (14). No observamos esta diferencia en la población actual de adolescentes, donde la prevalencia de la migraña en aquellos con trastorno depresivo mayor y aquellos con trastorno bipolar fue de un 26,5% y un 25,0%, respectivamente. Puesto que una edad de instauración de la depresión mayor en la infancia y la adolescencia es un factor pronóstico potente del surgimiento final del trastorno bipolar (18, 19), es posible que una fracción significativa de nuestros adolescentes clasificados como portadores de un trastorno depresivo mayor en realidad tenga un trastorno bipolar «latente». Esto podría explicar la discrepancia antes mencionada. Se podría plantear la hipótesis de que la migraña en los jóvenes con trastorno depresivo mayor de instauración temprana es un rasgo que ubica a un subgrupo de ellos en el espectro bipolar.

El dolor en el contexto de un síndrome depresivo suele ser dependiente del estado anímico. No pudimos realizar un estudio longitudinal en nuestra muestra de adolescentes. Se necesitan más estudios para poder investigar la evolución de la migraña a largo plazo y en respuesta al tratamiento antidepressivo.

World Psychiatry 2009;8:37-39

Bibliografía

1. Silberstein SD, Lipton RB. Epidemiology of migraine. *Neuroepidemiology* 1993;12:179-94.
2. Stewart WF, Schechter A, Rasmussen BK. Migraine prevalence: a review of population studies. *Neurology* 1994;44:S17-23.
3. Zwart JA, Dyb G, Holmen TL et al. The prevalence of migraine and tension-type headaches among adolescents in Norway: the Nord-Trøndelag Health Study (Head HUNT-Youth), a large population based epidemiological study. *Cephalalgia* 2004;24:373-9.

4. Fendrich K, Vennemann M, Pfaffenrath V et al. Headache prevalence among adolescents – The German DMKG headache study. *Cephalalgia* 2007;27:347-54.
5. Mahmood T, Romans S, Silverstone T. Prevalence of migraine in bipolar disorder. *J Affect Disord* 1999;52:239-49.
6. Fasmer OB. The prevalence of migraine in patients with bipolar and unipolar affective disorders. *Cephalalgia* 2001;21:894-9.
7. Fasmer OB, Oedegaard KJ. Clinical characteristics of patients with major affective disorders and comorbid migraine. *World J Biol Psychiatry* 2001;2:149-55.
8. Low NC, Du Fort GG, Cervantes P. Prevalence, clinical correlates, and treatment of migraine in bipolar disorder. *Headache* 2003;43:940-9.
9. McIntyre RS, Konarski JZ, Wilkins K et al. The prevalence and impact of migraine headache in bipolar disorder: results from the Canadian Community Health Survey. *Headache* 2006;46:973-82.
10. Hamelsky SW, Lipton RB. Psychiatric comorbidity of migraine. *Headache* 2006;46:1327-33.
11. Peterlin BL, Ward TN. Neuropsychiatric aspects of migraine. *Curr Psychiatry Rep* 2005;7:371-5.
12. Oedegaard KJ, Angst J, Neckelmann D et al. Migraine aura without headache compared to migraine with aura in patients with affective disorders. *J Headache Pain* 2005;6:378-86.
13. Nuyen J, Sachellevis FG, Satariano WA et al. Comorbidity associated with neurological and psychiatric diseases: a general practicebased controlled study. *J Clin Epidemiol* 2006;59:1274-84.
14. Dilsaver SC, Benazzi F, Oedegaard KJ et al. Migraine headache in affectively ill Latino adults of Mexican American origin is associated with bipolarity. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* (in press).
15. Dilsaver SC, Xionghua W, Manning JS et al. Pain complaints in adolescents: patients with affective disorders versus psychiatric controls. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 2005;7:150-74.
16. First MB, Spitzer RL, Gibbon M et al. The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: Clinician Version (SCID-CV). Washington: American Psychiatric Association, 1997.
17. International Headache Society Classification Subcommittee. International classification of headache disorders, 2nd ed. *Cephalalgia* 2004;24(Suppl. 1):1-160.
18. Akiskal HS. Developmental pathways to bipolarity: are juvenile onset depressions pre-bipolar? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:754-63.
19. Benazzi F, Akiskal HS. How best to identify a bipolar-related subtype among major depressive patients without spontaneous hypomania: superiority of age of onset criterion over recurrence and polarity? *J Affect Disord* 2008;107:77-88.

Indexación de revistas psiquiátricas de países de ingresos bajos y medianos: una encuesta y un estudio de caso

CHRISTIAN KIELING¹, HELEN HERRMAN², VIKRAM PATEL³, JAIR DE JESUS MARI⁴

¹Department of Psychiatry, Federal University of Rio Grande do Sul, Rua Ramiro Barcelos 2350, Porto Alegre 90035-003, Brazil

²Orygen Youth Health Research Centre, University of Melbourne, Locked Bag 10, Parkville, Victoria 3052, Australia

³Sangath Centre, Porvorim, 403521 Goa, India, and London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK

⁴Department of Psychiatry, Universidade Federal de São Paulo, Rua Botucatu 740, 04023-900 São Paulo, Brazil

Hay una notable infrarepresentación de los países de ingresos bajos y medianos (PIBYM) en la bibliografía psiquiátrica, lo cual puede reflejar una baja representación global de las publicaciones de los PIBYM en las bases de datos de las revistas catalogadas. En este estudio se investiga la distribución mundial de las revistas psiquiátricas catalogadas. Se llevó a cabo una búsqueda tanto en Medline como en la Red de Ciencia del ISI a fin de identificar las revistas en el campo de la psiquiatría de acuerdo con su país de origen. Se identificaron 222 revistas psiquiátricas catalogadas. De éstas, 213 provenían de países de altos ingresos y sólo nueve (4,1%) de países de medianos ingresos. No se identificó ninguna proveniente de países de bajos ingresos. También presentamos la experiencia de una revista psiquiátrica de PIBYM, la Revista Brasileira de Psiquiatria, en su proceso de indexación reciente. Este estudio de caso sirve de ejemplo para que otras revistas de los PIBYM procuren la indexación en las bases de datos importantes como una estrategia para ensanchar el fundamento internacional de la investigación en psiquiatría. Hay la necesidad importante de incluir publicaciones psiquiátricas de los PIBYM en las principales bases de datos de indexación. Este proceso exigirá que múltiples agentes se asocien a revistas de los PIBYM para mejorar su calidad y fortalecer sus probabilidades de ser catalogadas.

Palabras clave: Revistas psiquiátricas catalogadas, países de ingresos bajos y medianos, investigación psiquiátrica

Los países de ingresos bajos y medianos (PIBYM), en los que vive más del 80% de la población global, soportan la principal morbilidad de los trastornos mentales. Sin embargo, el grado de remisión de los PIBYM en las revistas catalogadas de gran impacto es menor del 20% (1) y la proporción de los artículos publicados es todavía más baja (2). Una búsqueda en la base de datos de la Red de Ciencias del Instituto de Información Científica (ISI, por sus siglas en inglés) para el período de 1992 a 2001 (3) comunicó que los países de ingresos bajos y medianos (n = 152) contribuían sólo con un 6% a la investigación internacional sobre salud mental. Un análisis reciente de todas las colaboraciones originales durante el período de 2002-2004 en las seis revistas de máximo factor de impacto en el campo de la psiquiatría reveló que sólo el 3,7% de los artículos publicados eran remitidos por autores de PIBYM (4). Asimismo, una encuesta de los consejos editoriales y de asesores de 10 principales revistas de psiquiatría demostró una baja representación de los PIBYM (5). Un obstáculo importante para difundir la investigación de los PIBYM es la escasez de revistas científicas catalogadas con un enfoque predominante en los PIBYM –como, por ejemplo, las revistas publicadas en los PIBYM– (3).

Las iniciativas locales para establecer redes de información entre investigadores y profesionales de la salud mental son evidentes en algunos países en vías de desarrollo. Una encuesta extensa publicada en 1999 identificó que en todo el mundo se publicaban 977 revistas de psiquiatría; de éstas, 413 no estaban enumeradas en ningún servicio de resúmenes o de indexación (6). En estas circunstancias cada vez resulta más difícil recuperar la mejor información y es necesario que los investigadores utilicen bases de datos de indexación. Asimismo, el empleo de las bases de datos de indexación es en la actualidad un requisito para toda publicación

que procure una difusión adecuada y un impacto de la investigación publicada en la revista. Dos de los sistemas de indexación más pertinentes para las revistas psiquiátricas son Medline, una base de datos bibliográfica desarrollada por la US National Library of Medicine así como los índices bibliográficos del ISI, ahora parte de Thomson Scientific, disponible online bajo el nombre de Red de las Ciencias («Web of Science»).

En el presente artículo se pretende describir la distribución mundial de las revistas psiquiátricas catalogadas e identificar el número de ellas que se publican en los PIBYM. También tiene como propósito presentar la información de diversas fuentes en torno a revistas no catalogadas en el campo y describir la experiencia reciente de la indexación de la Revista Brasileira de Psiquiatria como un estudio de caso. Utilizamos este estudio para proporcionar recomendaciones a directores editoriales de revistas publicadas en los PIBYM a fin de lograr mejores niveles de indexación, con el fin de mejorar la representación de sus países en las bases de datos de la bibliografía global.

MÉTODOS

Llevamos a cabo una encuesta en las bases de datos de Medline y del ISI para identificar revistas en el campo de la psiquiatría de acuerdo con su país de origen. La búsqueda en Medline fue realizada ingresando las expresiones «psiquiatría» y «abuso de drogas» en la base de datos de revistas. Sólo fueron incluidas las revistas que en la actualidad estaban catalogadas y publicadas. Se identificaron las revistas psiquiátricas y sobre abuso de drogas en el ISI a través de los Informes de Citas de Revistas (JCR, por sus siglas en inglés). Incluimos todas las revistas enumeradas en las ediciones de Ciencias y Ciencias Sociales de los

JCR para la categoría psiquiatría. Para cada revista, recabamos la información referente a título, ISSN, país de origen, editorial y año de inicio de la publicación según lo proporcionaban las bases de datos. Para las publicaciones indexadas en el ISI, también obtuvimos los datos de las citas (p. ej., factores de impacto, citas totales). La asignación de una revista a un país fue realizada basándose en registros de ambas bases de datos; en caso de desacuerdo, se le dio prioridad a la información obtenida en el ISI.

Buscamos información sobre las revistas no indexadas de dos maneras. En primer lugar, contactamos a los 18 representantes zonales (RZ) de la WPA. Les pedimos que identificaran, con la ayuda de sus asociaciones integrantes, las revistas publicadas en los países de cada zona, pero que no aparecieran catalogadas. También les pedimos que identificaran las revistas publicadas en los países de cada zona y que fueran atribuidas erróneamente a otra. Esto puede ocurrir, por ejemplo, cuando una revista publicada en nombre de una Asociación Integrante por un editor internacional es atribuida al país donde está ubicada la oficina principal del editor, a menudo en Europa o en EE.UU. En segundo lugar, obtuvimos permiso para utilizar información de una iniciativa reciente del Foro Mundial para la Investigación Global y del Banco Mundial, una encuesta realizada para delinear la producción de investigación en salud mental de los PIBYM durante el período de 1993 a 2003, en la cual se identificó a los investigadores de 114 países de África, Este y Sur de Asia y Latinoamérica, así como del Caribe, por medio de sus publicaciones en dos bases de datos (Medline y PsycInfo) y de la literatura no publicada en revistas científicas (7).

RESULTADOS

A partir de julio de 2007, para la categoría Psiquiatría (incluidas las toxicomanías), había 209 revistas catalogadas en Medline y 175 en ISI. Desde luego, hay cierto grado de solapamiento entre las dos bases de datos y el número de revistas catalogadas en cualquiera de estos dos sistemas es 222.

Según se muestra en la Tabla 1, hay una elevada concentración de revistas psiquiátricas catalogadas en países de altos

Tabla 1. Número de revistas catalogadas en Medline y/o en la Red de Ciencia del Instituto de Información Científica (ISI) según el país de origen

País	Medline	ISI	Total
Argentina*	1	0	1
Australia	3	2	3
Brasil*	2	2	2
Canadá	4	3	4
Croacia*	1	0	1
Dinamarca	2	3	3
Inglaterra	40	37	44
Francia	5	3	5
Alemania	12	14	15
Hungría*	1	0	1
Israel	1	1	1
Italia	2	2	2
Japón	3	1	3
Países Bajos	8	7	9
Nueva Zelanda	1	1	1
Noruega	1	2	2
México*	0	1	1
Polonia*	1	0	1
Rusia*	1	1	1
España	2	2	3
Suiza	10	10	11
Turquía*	1	0	1
Estados Unidos	107	83	107

*Países de ingresos medianos.

ingresos. Observamos una correlación significativa entre los ingresos per cápita y el número de revistas catalogadas publicadas ($r = 0,75$, $p < 0,001$). Doscientos trece revistas de los países de altos ingresos representan el 95.9% de todas las publicaciones; las nueve publicaciones restantes (4,1%) provenían de países de ingresos altos y medianos. No se identificó ninguna revista psiquiátrica de cualquier país de bajos ingresos en las bases de datos de Medline o de ISI.

Según se muestra en la Tabla 2, hay una concentración geográfica clara de las revistas de psiquiatría, de tal manera que 13 de las 18 Zonas de la WPA tienen tres o menos revistas

Tabla 2. Número de revistas catalogadas en Medline y/o en la Red de Ciencias del Instituto de Información Científica (ISI), de acuerdo con la distribución por zonas de la WPA y de las publicaciones psiquiátricas no catalogadas de los PIBYM.

Zona de la WPA	Medline	ISI	Total catalogadas	Revistas de los PIBYM no catalogadas
Canadá	4	3	4	NA
EE.UU	107	83	107	NA
México, Centroamérica y el Caribe	0	1	1	6
Norte de Sudamérica	0	0	0	13
Sur de Sudamérica	3	2	3	56
Europa Occidental	75	71	84	NA
Europa del Norte	3	5	5	NA
Sur de Europa	5	4	6	2
Europa Central	3	0	3	11
Europa Oriental	1	1	1	NA
Norte de África	0	0	0	2
Medio Oriente	1	1	1	NA
África Occidental y Central	0	0	0	1
Sur y Este de África	0	0	0	3
Asia Occidental y Central	0	0	0	1
Sur de Asia	0	0	0	7
Este de Asia	3	1	3	16
Oceanía y Pacífico Sur	4	3	4	NA

NA: no aplicable y/o no disponible.

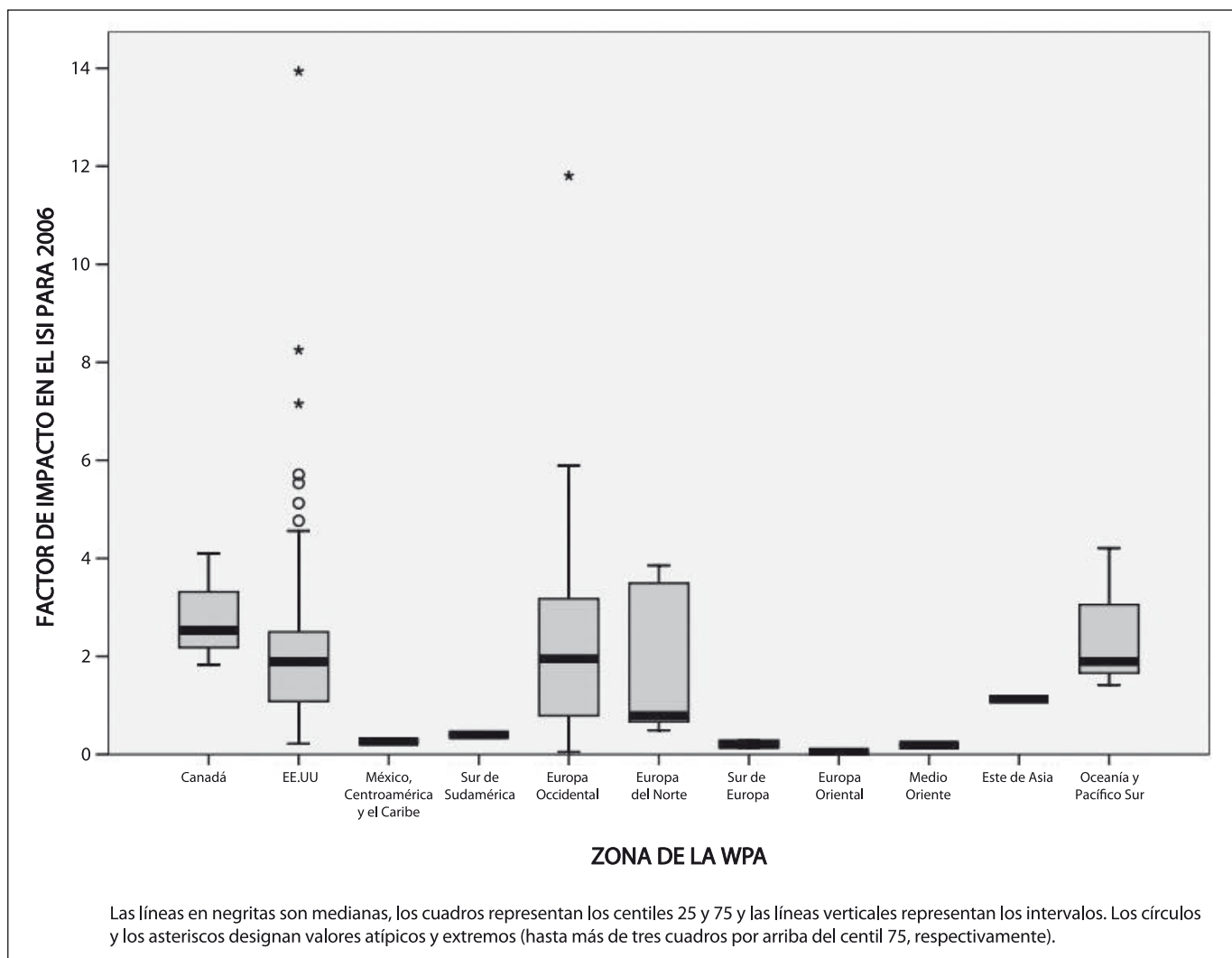


Figura 1. Factores de impacto mediano para las revistas psiquiátricas catalogadas en la Red de Ciencias del Instituto de Información Científica (ISI) de acuerdo con la distribución por zonas de la WPA.

catalogadas y seis de ellas no tienen ni una sola revista siquiera (norte de Sudamérica, norte de África, África Occidental y Central, Sur y Este de África, Asia Occidental y Central y Sur de Asia). La información obtenida de 10 RZ de la WPA indicó la existencia de otras 46 publicaciones sobre psiquiatría no catalogadas de los PIBYM, en tanto que la encuesta del Foro Global llevo a la identificación de otras 87 revistas más de los PIBYM. En conjunto, se identificaron 118 revistas psiquiátricas de los PIBYM no catalogadas en Medline ni en ISI (Tabla 2).

Basándose en factores de impacto dados a conocer en 2007 (con respecto al año 2006), las 167 revistas indexadas o catalogadas en el ISI tuvieron un factor de impacto mediano de 1,85 (que fluctuó entre 0,05 y 13,94). Sólo tres de estas publicaciones provenían de países de ingresos medianos (Brasil, México y Rusia –que ocuparon los lugares 154, 161 y 166 en la lista final, respectivamente).

La figura 1 muestra el factor de impacto mediano para las revistas psiquiátricas de acuerdo con las Zonas de la WPA. Cabe hacer notar que sólo dos regiones, EE.UU y Europa Occidental,

presentan publicaciones un tanto atípicas con un factor de impacto mayor de cinco.

Un estudio de caso: la indexación de la revista brasileña de psiquiatría

La Revista Brasileira de Psiquiatria se ha publicado desde 1966 como la revista oficial de la Asociación Psiquiátrica Brasileira (ABP, por sus siglas en inglés). En 1984, la ABP y la Asociación Psiquiátrica Latinoamericana (APAL) llevaron a cabo un programa conjunto para publicar la revista Associação Brasileira de Psiquiatria/APAL, con el acrónimo Revista ABP-APAL. En 1998, los presidentes de la Asociación Psiquiátrica Brasileira asignaron a dos nuevos directores editoriales la tarea de reestructurar la revista.

Los primeros pasos de los nuevos directores editoriales fueron invitar a dos directores editoriales asociados, para establecer la misión de la revista, y recuperar la designación original Revista Brasileira de Psiquiatria. La misión de la revista fue difundir la producción científica de los países latinoamericanos

y caribeños en el campo de la salud mental y las ciencias relacionadas, así como proporcionar una educación médica continuada en el contexto de la información basada en evidencia para los profesionales de la salud mental de estos países. La revista se publicaba cada tres meses y los suplementos bianuales fomentaban su papel educativo.

El Consejo Editorial se reestructuró por completo, aumentando la representación de investigadores internacionales. Para hacer frente a las presiones políticas, la productividad científica fue incluida como un criterio al seleccionar a los participantes en el consejo editorial. El primer logro operativo importante fue incluir la revista en la biblioteca electrónica científica online (SciELO). Esta base de datos es patrocinada por los organismos de financiación pública brasileñas y reúne las mejores publicaciones disponibles en los países de Latinoamérica y del Caribe, proporcionando un acceso libre *online* a las revistas. En la actualidad, el sistema también está permitiendo la remisión electrónica de manuscritos y la evaluación bibliométrica de las revistas.

Para llegar a un público más amplio y fomentar el diálogo con otras publicaciones, el Consejo Editorial determinó que era esencial que la revista fuese catalogada en las principales bases de datos científicas. En 2001, su primera solicitud al ISI fue rechazada basándose en una muy baja actividad de citas, tanto de los autores como de la mayoría de los miembros del Consejo Editorial, y en virtud de que «la revista tendría un bajo impacto y una cobertura menos importante en los productos [de Thompson Scientific] en comparación con otras revistas de esta categoría tan competitiva».

Continuando el proceso de indexación, la revista fue incluida en Medline en 2003 (8). En esta época, toda la investigación original que aparecía en la revista comenzó a publicarse en inglés y la mayoría de los artículos de análisis y especiales (que tienen un papel muy importante en la educación continuada) se publicaban en portugués o inglés, lo que dependía del lenguaje en el cual fuesen remitidos. Esta decisión editorial encontró un grado de resistencia entre algunos lectores, pero esto fue un paso esencial para aumentar la visibilidad de los artículos originales en la revista y ulteriormente atraer la investigación de gran calidad de autores de Brasil y de muchos otros países.

Se intentó una segunda solicitud para la incorporación en el ISI basándose en los siguientes factores: el fortalecimiento de la calidad del Consejo Editorial, atestiguado por el número de veces que eran citada en la bibliografía; la evaluación previa por la US National Library of Medicine y la incorporación de la revista en Medline; y la presencia creciente de Brasil en la investigación en salud y salud mental (9, 10), en la que cada artículo brasileño recibió una media de 4,5 citas de acuerdo con el ISI JCR (11). Otro argumento fue que la inclusión de la revista en el ISI aumentaría de por sí la frecuencia con que fuese citada. En 2005, la revista finalmente fue catalogada en el ISI (8).

La Revista Brasileira de Psiquiatria es en la actualidad una publicación trimestral con dos suplementos adicionales que abordan temas clínicos y cuyo propósito es actualizar a los médicos y a los profesionales de la salud mental. Los suplementos se publican en portugués únicamente y se publican electrónicamente tanto en inglés como en portugués. Se puede tener acceso a la revista online en SciELO (www.scielo.br/rbp) y en

su propia página Web (www.rbpbrasil.org.br), donde pueden descargarse en forma gratuita los artículos con su texto completo. El número de solicitudes de artículos a través de SciELO ha sido 230.919 en 2004; 487.508 en 2005 y 762.794 en 2006. El primer factor de impacto para la revista se daría a conocer en 2008, pero las proyecciones revelaban un crecimiento constante en la frecuencia con que se citaba, con un factor de impacto extraoficial de 0,512 para el año 2006 (12). La producción de la revista tiene un costo de alrededor de 200.000 dólares estadounidenses al año y un 90% de estos costos son cubiertos por la industria farmacéutica (los restantes provienen del Consejo de Investigación Brasileño). Hacia el término del 2006, el Consejo Editorial comprendía 71 integrantes: 37 de Brasil, 12 de EE UU, nueve de Inglaterra y cuatro de otros países latinoamericanos. En comparación, la principal revista psiquiátrica nacional de EE UU no tiene miembros internacionales en su Consejo Editorial, en tanto que una cuarta parte del Consejo Editorial de la principal revista del Reino Unido es internacional.

DISCUSIÓN

Pese al rápido crecimiento de la investigación global en salud mental y las características de la salud mental global, hay una notable infrarrepresentación de los PIBYM en la bibliografía psiquiátrica. Esta representación insuficiente también se refleja en la proporción de revistas psiquiátricas de los PIBYM que son catalogadas en las principales bases de datos internacionales; informamos que de todas las revistas psiquiátricas catalogadas en Medline o en la Red de Ciencia del ISI, sólo un 4% son de países de medianos ingresos. No se identificaron revistas psiquiátricas catalogadas de países de bajos ingresos. Además, varias zonas de la WPA no contaban con ninguna revista catalogada (norte de Sudamérica, norte de África, África Occidental y Central, Sudáfrica y África Oriental, Asia Occidental y Central y Sur de Asia).

Una declaración conjunta por los directores editoriales de revistas de psiquiatría y la Organización Mundial de la Salud en 2004 reconoció el papel fundamental de la revistas científicas en la producción y la difusión de la investigación, lo mismo que en el establecimiento y la expansión de servicios clínicos y en la formación de investigadores en las destrezas para la investigación (13). Al abordar las necesidades de salud mental de los PIBYM y mejorar los aspectos internacionales y multiculturales de la investigación psiquiátrica, la revista de los PIBYM surgen como un vehículo decisivo para promover la salud mental. Las principales dificultades que encaran estas publicaciones comprenden una visibilidad limitada ante la comunidad científica y la consiguiente remisión limitada de la investigación de gran calidad.

Los directores editoriales de las revistas de los PIBYM idealmente pueden aspirar a que sus revistas figuren entre las publicaciones de máxima calidad. El ejemplo de la Revista Brasileira de Psiquiatria demuestra que tal ambición exige una considerable iniciativa local para reestructurar la revista, en ocasiones ante la oposición de intereses creados. Las principales modificaciones implementadas en esta revista para lograr la indexación en las principales bases de datos fueron: a) un criterio imparcial para incorporar a miembros del Consejo Editorial

basándose en la productividad científica en los últimos cinco años; b) un Consejo internacional integrados por investigadores reconocidos verdaderamente relacionados con las actividades de la revista; c) un programa de publicación rígido respaldado por ingresos fiables y personal editorial estable que incluya planes de sucesión transparentes; d) publicación de artículos originales en inglés con acceso electrónico gratuito y e) publicación de artículos educativos y de análisis en el lenguaje original. Otro procedimiento fue invertir en capacitar al personal actual así como a los futuros miembros de los equipos editoriales. Desde 2004, la revista creó tres puestos de editores en formación para los investigadores jóvenes. Cada uno de ellos opera en conjunto con dos directores editoriales expertos aprendiendo las destrezas de la edición científica de análisis por expertos.

El número de revistas no catalogadas que se identifican en varias regiones es reflejo de la actividad y las aspiraciones de los investigadores y lectores de todo el mundo. Las cifras presentadas se derivaron de sólo dos fuentes de información y no son exhaustivas —se necesita una investigación futura para identificar revistas psiquiátricas adicionales en todo el mundo.— También reconocemos que la falta de revistas psiquiátricas no significa una falta de productividad científica en el campo de la salud mental. Muchos países no mencionados aquí pueden tener revistas médicas generales catalogadas en las cuales puede publicarse investigación en salud mental. Sin embargo, también es probable que sólo una fracción de la investigación en salud mental realizada en un PIBYM se publique en las revistas generales, ya que compiten por espacio con todas las demás especialidades médicas —por tanto, nunca se difundirá una cantidad importante de investigación—. Aparte de la baja representación general de las revistas de los PIBYM también reconocemos las discrepancias intrarregionales e intranacionales notorias, que no hemos investigado. En el caso de Sudamérica, por ejemplo, sólo Argentina, Brasil y México, de entre los 12 países, tienen revistas catalogadas. Una encuesta reciente que incluyó sólo a investigadores en salud mental de los PIBYM reveló que los investigadores y la producción de publicaciones indexadas se concentraban en sólo el 10% de los países, confirmando la heterogeneidad entre las naciones emergentes (14). También existen discrepancias dentro de los mismos países: en Brasil hay una concentración geográfica de financiación y productividad científica de manera que la mayor parte de las investigaciones se llevan a cabo en los estados del Sureste y del Sur (15).

Para poder cerrar la brecha de 10/90 en la investigación en la salud mental, los PIBYM necesitan no sólo mejorar la calidad de la investigación, sino también encontrar mecanismos para aumentar la difusión de su producción científica. En los PIBYM, donde son muy limitados los recursos económicos, el desarrollo de estrategias de difusión que respalden el conocimiento basado en evidencia es decisivo para influir en las políticas y los programas de salud mental a fin de reducir la morbilidad de los trastornos de la salud mental.

La WPA tiene 130 asociaciones integrantes en 110 países y a través de sus RZ se está esforzando por establecer una base de datos de revistas de todas las partes del mundo como una base para la defensa y la acción (16, 17). Invitamos a las revistas que han alcanzado altas de normas de excelencia, junto con los organismos de financiamiento, para que colaboren con las revistas de

los PIBYM, sobre todo en las regiones que no están representadas en las bases de datos científicas internacionales, a mejorar su calidad y fortalecer sus posibilidades de ser catalogadas.

Agradecimientos

Miguel Roberto Jorge, expresidente de la Asociación Psiquiátrica Brasileira y Profesor Asociado, Departamento de Psiquiatría, Universidade Federal de São Paulo, proporcionó los datos históricos relativos a la Revista Brasileira de Psiquiatria. Sylvie Ollifson, del Foro Global para la Investigación en Salud, amablemente proporcionó una lista de revistas no publicadas que se recopilaron para delimitar la capacidad de investigación en los países PIBYM. Los representantes zonales de la WPA colaboraron con las Asociaciones integrantes de la WPA para brindar información de muchos países de todas las regiones del mundo.

World Psychiatry 2009;8:40-44

Bibliografía

1. Konradsen J, Munk-Jorgensen A. The destinies 1. of the low- and middle-income country submissions. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:331-4.
2. Patel V. Closing the 10/90 divide in global mental health research. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:257-9.
3. Saxena S, Paraje G, Sharan P et al. The 10/90 divide in mental health research: trends over a 10-year period. *Br J Psychiatry* 2006;188:81-2.
4. Patel V, Kim YR. Contribution of low- and middle-income countries to research published in leading general psychiatry journals, 2002-2004. *Br J Psychiatry* 2007;190:77-8.
5. Saxena S, Levav I, Maulik P et al. How international are the editorial boards of leading psychiatry journals? *Lancet* 2003;361:609.
6. McDonald S, Taylor L, Adams C. Searching the right database. A comparison of four databases for psychiatry journals. *Health Libr Rev* 1999;16:151-6.
7. World Health Organization and Global Forum for Health Research. Mental health: mapping of research capacity in low-and-middle-income countries. Geneva: Global Forum for Health Research, 2007.
8. Bressan RA, Miguel EC, Mari JJ et al. We have reached the ISI! *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27:171.
9. Bressan RA, Gerolin J, Mari JJ. The modest but growing Brazilian presence in psychiatric, psychobiological and mental health research: assessment of the 1998-2002 period. *Braz J Med Biol Res* 2005;38:649-59.
10. Razzouk D, Zorzetto R, Dubugras MT et al. Leading countries in mental health research in Latin America and the Caribbean. *Rev Bras Psiquiatr* 2007;29:118-22.
11. Mari JJ, Bressan RA, Miguel EC. Mental health and psychiatric research in Brazil. *Br J Psychiatry* 2004;184:273.
12. Kieling C, Gonçalves RRF. Assessing the quality of a scientific journal: the case of Revista Brasileira de Psiquiatria. *Rev Bras Psiquiatr* 2007;29:177-81.
13. World Health Organization. Galvanizing mental health research in low- and middle-income countries: role of scientific journals. *Bull World Health Organ* 2004;82:3.
14. Razzouk D. Personal communication.
15. Zorzetto R, Razzouk D, Dubugras MT et al. The scientific production in health and biological sciences of the top 20 Brazilian universities. *Braz J Med Biol Res* 2006;39:1513-20.
16. Herrman H. Free and low-cost access to online WPA publications. *World Psychiatry* 2007;6:191-2.
17. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008;7:129-30.

Normatividad en salud mental para la notificación del abuso sexual de menores y relaciones sexuales médico-paciente

DONNA E. STEWART, ERIK VENOS, IRAM J. ASHRAF

University Health Network and University of Toronto, 200 Elizabeth Street, EN7-229, Toronto, ON, M5G 2C4, Canada

La notificación del abuso sexual de menores (ASM) y las relaciones sexuales médico-paciente (RSMP) es en la actualidad el centro de la atención profesional, legal y de los medios de comunicación en varios países. En este artículo se analiza brevemente la normatividad sobre salud mental en relación con estos problemas y se informa sobre una encuesta de la WPA en torno a ellos. Si bien la Declaración de Madrid de la WPA permite violar la confidencialidad para la notificación obligatoria del ASM y claramente prohíbe las RSMP, no se sabe cómo ni en qué grado esta normatividad es implementada en los países de las sociedades integrantes de la WPA. Tampoco se sabe si se dispone de normatividad o leyes en relación con estos temas a nivel nacional o en qué grado los psiquiatras y el público están al tanto de ellas. A los representantes de las Asociaciones integrantes de la WPA se les envió una encuesta por correo electrónico con relación a cuestiones referentes al ASM y las RSMP. Cincuenta y un por ciento de los 109 países contestaron. Todos los países que notificaron tenían leyes o normatividad con respecto a la notificación del ASM, pero ésta a menudo era voluntaria (63%) y sin protección legislativa para los psiquiatras notificadores (29%) o por las Asociaciones integrantes (27%). Un número sustancial de líderes psiquiátricos no conocían la ley (27%) o la normatividad de su país (11%) sobre estas cuestiones. Con respecto a las RSMP, algunos países que respondieron a la encuesta carecían de leyes o normatividad en torno a las RSMP con pacientes actuales (17%) o pasados (56%). Menos de la mitad de los representantes que respondieron creían que los miembros de su sociedad o el público estaban bien informados sobre las leyes y la normatividad en torno al ASM o a las RSMP. Desde luego existe una amplia gama de leyes, reglamentos y procedimientos en torno al ASM y las RSMP en los países de las Asociaciones integrantes de la WPA. En algunos países se necesitan leyes o políticas complementarias que faciliten la protección del niño vulnerable y de los pacientes adultos a través de una normatividad de notificación clara y obligatoria para el ASM y las RSMP. Asimismo, se deberían idear mecanismos para proteger y respaldar a los psiquiatras que notifican donde no se dispone de ellos. También en algunos países es necesario desarrollar estrategias para mejorar la formación de psiquiatras, residentes y el público con respecto a estas cuestiones.

Palabras clave: Abuso sexual infantil, relaciones sexuales psiquiatra-paciente, Declaración de Madrid.

Las normas éticas para el ejercicio psiquiátrico están delimitadas en la declaración de Madrid de la WPA en sus últimos suplementos (1-3). Dos aspectos éticos, la notificación del abuso sexual infantil (ASM) y la prohibición de las relaciones sexuales médico-paciente (RSMP), en tiempos recientes han sido centro de la atención profesional, legal y de los medios de comunicación en varios países (4, 5). No se sabe de qué manera las normas éticas sobre estas dos cuestiones son implementadas en los países de las asociaciones integrantes de la WPA.

Se dispone de pruebas sólidas indicativas de que el ASM es nocivo para la salud mental de los menores y este daño puede prolongarse hacia la adultez (6). En muchos países es obligatorio que los profesionales sanitarios notifiquen a las autoridades competentes cuando sospechan un caso de ASM, y la no notificación puede ser motivo de sanciones (7). Sin embargo, surgen dudas en torno al grado de certidumbre que el profesional sanitario debería tener antes de comunicar el ASM. La forma en la cual la información sobre el ASM es obtenida por el profesional sanitario también contenciosa, sobre todo si al niño se le han hecho sugerencias insinuantes de ASM (8). Si bien el bienestar del niño es lo más importante en la mente del psiquiatra, los perjuicios de los alegatos falsos del ASM al adulto acusado son enormes y también deben considerarse. Por último, depende de las autoridades legales la documentación de la veracidad de los alegatos de ASM, pero se puede pedir a los psiquiatras que funjan de testigos expertos o que traten a víctimas menores de edad o a adultos autores de delito.

Cada vez es más frecuente que los médicos, incluidos los psiquiatras, observen que los adultos objeto de acusaciones falsas busquen venganza en contra de ellos a través de los mecanismos legales, o mediante denuncias a las autoridades sanitarias médicas (4, 9). En consecuencia, la notificación de un ASM para proteger a sus pacientes menores vulnerables puede poner en riesgo al médico que notifica el problema (9). Por consiguiente, los pediatras y los psiquiatras cada vez se vuelven más aprensivos con respecto al respaldo que pueden esperar desde la perspectiva legal y profesional en estas situaciones delicadas (9). La Declaración de Madrid de la WPA es muy escueta en torno a este problema, pero señala que la «violación de la confidencialidad sólo puede ser apropiada cuando es obligatoria de por ley (como en la notificación obligatoria del abuso sexual del menor o cuando ocurriría un daño físico mental importante para el paciente o para una tercera parte si se mantuviese la confidencialidad)» (3).

Las relaciones sexuales entre médicos y pacientes por lo general se mantenían ocultas a los profesionales y el público hasta finales de las décadas de 1970 y 1980, cuando comenzaron a surgir informes de casos y encuestas que indicaban que el problema era mucho mayor que lo que antes se pensaba (10, 11). En los siguientes 20 años, se documentaron los efectos perjudiciales de las relaciones sexuales de médicos-pacientes sobre éstos últimos, sobre la confianza del público en los médicos y el médico agresor y su familia (12, 13). Aunque ciertamente este problema no es privativo de los médicos y se han co-

municado múltiples casos en psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras y profesionales no médicos, es preocupante que la mayoría de los casos contra los médicos en Norteamérica hayan implicado a psiquiatras. Se han establecido políticas en muchos países y jurisdicciones más pequeñas claramente prohíben la conducta sexual entre médicos y pacientes (14, 15).

La Declaración de Madrid de WPA explícitamente señala que «bajo ninguna circunstancia un psiquiatra debe involucrarse con un paciente en ninguna forma de conducta sexual, independientemente de que la conducta sea iniciada por el paciente o el terapeuta. El consentimiento por parte de un paciente se considera viciado por el conocimiento que el psiquiatra posee con respecto al paciente y por las diferencias de poder que confieren al psiquiatra autoridad especial con respecto al paciente» (1).

Esta declaración en relación con los pacientes actuales, pero no nos dice nada sobre las relaciones con pacientes previos, en los cuales a menudo, si no siempre, persisten cuestiones de transferencia y de desequilibrios de poder más allá del tratamiento formal (16). En algunos países, la normatividad sobre la salud mental claramente ha proscrito las relaciones sexuales entre los psiquiatras y los pacientes previos (14, 17), pero en otros países la normatividad sobre la salud mental ha mantenido un silencio sobre todo el tema de estas relaciones con pacientes actuales o previos.

Para tratar de comprender con más claridad de qué manera las Asociaciones integrantes de la WPA y los países correspondientes abordan las cuestiones referentes al ASM y las RSMP, llevamos a cabo una encuesta por correo electrónico para: a) evaluar la existencia de leyes nacionales y normatividades de las asociaciones psiquiátricas, incluidas las que podrían aumentar la notificación del ASM y proteger a los psiquiatras que comunican el ASM de buena fe y b) explorar la existencia de una normatividad que explícitamente prohíbe las RSMP, favorecen su notificación y proporcionan tratamiento a víctimas y perpetradores. Por último, la encuesta investigó las opiniones de los líderes psiquiátricos nacionales en torno a las necesidades educativas de los psiquiatras miembros de sus Asociaciones y del público sobre estos temas.

LA ENCUESTA

Las 21 preguntas de esta encuesta se basaron en la declaración de Madrid de la WPA y sus suplementos (1), los informes respetados internacionalmente, la normatividad y las leyes publicadas sobre estas cuestiones (5, 7, 14, 16) y la participación del Comité de Análisis de la WPA. Cuatro preguntas tuvieron que ver con las características demográficas de los encuestados, siete preguntas abordaron el ASM y 10 abordaron las RSMP. Los encuestados tenían la opción de llenar la encuesta de manera anónima al no llenar el apartado sobre las características demográficas. También podrían brindar comentarios adicionales en forma anónima.

Los representantes de 128 Asociaciones integrantes de la WPA (por lo general el presidente o el secretario), que representan a 109 países diferentes, fueron invitados por correo electrónico para llenar la encuesta. También se les recordó participar mediante mensajes de correo electrónico de seguimiento y personalmente por uno de los autores en los simposios de la WPA. En los casos en que respondió más de una persona de un país, se utilizaron las preguntas de los encuestados que

fueron las más informativas, es decir, las que proporcionaron el menor número de respuestas «no lo sé». El Consejo de Ética en Investigación de la Red de Salud de la Universidad aprobó la administración de esta encuesta.

Cincuenta y seis países diferentes llenaron la encuesta (frecuencia de respuesta de un 51%). La proporción de países que respondieron de cada región de la WPA fue de un 54% para Europa, un 50% para América, un 48% para África y Medio Oriente y un 35% para Asia y Oceanía. Utilizando la clasificación del Banco Mundial de los países según sus ingresos, un 73,6% de las respuestas provinieron de los países de ingresos superiores medios y un 26,4% de los países de ingresos medios más bajos o ingresos bajos.

NOTIFICACIÓN DE ABUSO SEXUAL DE MENORES

Noventa y seis por ciento de los encuestados comunicaron que en su país se contaba con leyes que impedían que los adultos tuviesen relaciones sexuales con menores por debajo de una edad especificada. En los países que tenían leyes que prohibían las relaciones sexuales con menores de edad, siete (13%) no obligaban a los profesionales sanitarios, incluidos los psiquiatras, a notificar el conocimiento o la sospecha del ASM. De los países en los que era obligatoria la notificación del ASM, ocho (15%) no contaban con leyes que penalizaran a las personas por no notificar el ASM, en tanto que un 22% adicional de los encuestados no conocían las leyes de su país. Cuando se les preguntó si la ley de su país protegía a los profesionales sanitarios que comunicaban de buena fe el abuso sexual y la denuncia más tarde resultaba falsa, 16 encuestados (29%) señalaron que no y 15 (27%) afirmaron que no sabían. Quince encuestados (27%) comunicaron que su Asociación nacional no respaldaba a los psiquiatras que notificaban el ASM de buena fe si más tarde resultaba que la denuncia era falsa. Asimismo, seis (11%) no conocían la normatividad en su Asociación.

Sólo 25 representantes (45%) consideraron que sus miembros profesionales estaban bien informados sobre la ley y las obligaciones profesionales en torno a este tema. Dieciocho representantes (33%) consideraban que el público conocía estas normas en mucho menor grado que los psiquiatras.

RELACIONES SEXUALES DE PSIQUIATRA-PACIENTE

Veintiocho encuestados (52%) comunicaron que en su país se disponía de leyes y 42 (78%) que sus Asociaciones nacionales o las autoridades sanitarias médicas contaban con reglamentos específicos que prohibían las RSMP con pacientes actuales. Sólo seis (11%) de los países y las Asociaciones representantes no contaban con leyes o normatividad que prohibiesen las RSMP con pacientes actuales, y otros dos (4%) representantes no lo sabían. Trece de las organizaciones psiquiátricas de los representantes (24%) tenían normas que prohibían las RSMP con pacientes de psicoterapia previos.

Once representantes (21%) comunicaron que su autoridad sanitaria médica exigía que un médico notificara si sabía que otro médico estaba teniendo relaciones sexuales con un paciente actual. En los países que tenían leyes o reglamentos que prohibían las RSMP con pacientes actuales, 26 representantes (57%) comunicaron que los psiquiatras perdían sus licencias

para ejercer si resultaban culpables. En estos países, 13 representantes (50%) conocían a psiquiatras de su asociación que en los últimos cinco años habían perdido por este motivo la licencia para ejercer. Un período muy amplio fue comunicado para la pérdida de la licencia, incluyéndose de manera permanente o a discreción, desde uno a 10 años, lo que dependía del delito. Otras sanciones mencionadas eran: muerte, reprimendas por escrito, reprimendas públicas, procedimientos judiciales, multas, educación ética, mala opinión profesional, condenas, pérdida del trabajo, restricciones en la licencia, supervisión y tratamiento obligatorio. Dieciocho representantes (18%) comunicaron programas para ayudar a los médicos a disciplinarse con respecto a las RSMP y un número igual comunicaron que se brindaba asesoría libre a pacientes de psiquiatras que habían resultado culpables de mala conducta sexual.

Veintidós representantes (42%) pensaban que sus miembros estaban bien informados sobre las leyes y las normas profesionales en torno a las RSMP. De los que consideraban que sus miembros no estaban bien informados, 19 (86%) consideraron que la educación sería de utilidad. Sólo 11 representantes (21%) percibían que el público de su país estaba bien informado sobre este tema.

DISCUSIÓN

El ASM y las RSMP probablemente ocurren en todo el mundo, pero se desconoce la prevalencia en muchos países. Una revisión en *Lancet* ubicó la prevalencia del ASM en un 2 a un 62% en las mujeres y en un 3 a un 16% en los varones, con una amplia gama de consecuencias físicas, sociales y psicológicas negativas para las víctimas (18). Aunque los estudios sobre las RSMP son más escasos, un análisis comunicó que un 7,1 a 10,9% de los psiquiatras varones y un 1,9 a 3,5% de las psiquiatras mujeres admitieron tener contacto sexual íntimo con pacientes actuales (11), con una gama de efectos perjudiciales para los pacientes (12).

La mayoría de los países o de las Asociaciones integrantes de la WPA cuentan con leyes que prohíben las ASM y las RSMP con pacientes actuales. Las leyes básicas son vitales, pero su cumplimiento exige reglamentos complementarios que lo faciliten. Esta encuesta reveló que en el 13% de los países de los representantes no era obligatorio que los profesionales sanitarios notificaran el ASM y que incluso en los países en que era obligatoria la notificación, varios no tenían sanciones para los que no notificaban. Incluso los países que cuentan con estas leyes pueden no aplicarlas, según lo comunicó un encuestado («hay determinadas sanciones suscritas en la ley pero que no son aplicables en la realidad. De hecho, éstas sólo son teóricas»).

Asimismo, los psiquiatras pueden mostrarse renuentes a notificar el ASM, sobre todo si ejercen en el casi 30% de los países que no cuentan con leyes que protegen a los médicos que lo comunican de buena fe o si perciben que su Asociación nacional no los respaldará. Un encuestado escribió: «Hay el temor entre los profesionales a notificar el abuso sexual en virtud de que no hay protección legal ni profesional». Desde luego, esto tiene un efecto atemorizante en las capacidades de los psiquiatras para proteger a sus pacientes menores vulnerables.

También se observaron tasas no óptimas de implementación o de reglamentos complementarios para las RSMP. Un

encuestado señaló: «Ni siquiera hablamos sobre estas cuestiones». Aunque un 85% de las asociaciones contaba con leyes o reglamentos que prohibían las RSMP con pacientes actuales, menos de una cuarta parte de los representantes comunicaron que sus asociaciones o la autoridad sanitaria médica tenían reglamentos que prohibían las RSMP con pacientes de psicoterapia previos. Esto ocurre pese muchos expertos en este tema opinan que la índole de la relación psicoterapéutica y los efectos prolongados de la transferencia pueden casi siempre volver no éticas las RSMP con pacientes previos (16). Un encuestado señaló que «el diagnóstico psiquiátrico del paciente vuelve improbable que se le crea». Más de la mitad de los representantes comunicaron que no era un deber en su país que un médico reportase a otro a una autoridad médica si sabía que éste último estaba teniendo una relación sexual con un paciente.

Las víctimas de RSMP padecen muchos de los efectos negativos sobre la salud y pueden necesitar psicoterapia, asesoría y otros tratamientos (12). Lamentablemente, sólo un pequeño porcentaje de los representantes comunicaron que su Asociación proporcionaba asesoría gratuita a pacientes de psiquiatras que resultaban culpables de mala conducta sexual o a médicos que eran castigados por participar en malas conductas sexuales. Una observación clara fue que aunque casi más de la mitad de los representantes de un determinado país comunicaron que los médicos perdían sus licencias por resultar culpables de RSMP, casi la mitad de estos representantes no conocían a ningún psiquiatra de su Asociación que hubiese perdido su licencia para ejercer por este motivo en los cinco años previos. La amplia gama de sanciones para las RSMP fue notable y fluctuó desde la muerte hasta la educación, pero la pérdida de la licencia para ejercer por períodos variables fue claramente lo más frecuente.

Las actitudes culturales hacia los límites apropiados en las relaciones interpersonales, incluidas las profesionales, probablemente son diferentes. Por ejemplo, culturas colectivistas (básicamente culturas orientales y tradicionales) y culturas individualistas (Norteamérica, la mayor parte de Europa, Australia y Nueva Zelanda) pueden tener diferentes perspectivas sobre los ejercicios médicos con conservación de los límites que afectan a la relación psiquiatra-paciente (19, 20). Si bien cabe esperar algunas diferencias culturales, lo que resulta claro es que todos los médicos no deben hacer daño, actuar como mejor convenga a los intereses de los pacientes y nunca aprovecharse de sus pacientes para su propia satisfacción. Los programas de formación para residentes y de educación continuada para los médicos deben incluir la capacitación explícita sobre las RSMP, según lo recomiendan muchos representantes (13, 20).

Este estudio tiene algunas limitaciones. Las respuestas fueron recibidas únicamente del 51% de los países, aunque esta tasa es mayor que muchas encuestas médicas (21). En consecuencia, la encuesta puede haber estado sujeta al sesgo de los encuestados. Las Asociaciones de los representantes encuestados pueden haber tenido más probabilidades de apegarse a la Declaración de Madrid, y de contar con reglamentos nacionales más amplios, ya que casi tres cuartas partes correspondían a países con mayores recursos. El sesgo de conveniencia social puede haber dado por resultado respuestas más positivas a las preguntas. Asimismo, algunos representantes pueden no haber sido muy diestros en inglés, lo que impidió que respondieran.

Aunque presuponemos que los representantes proporcionaron respuestas que reflejaban el estado de su país y Asociación, es posible que fueran incorrectas.

Aparte de estas limitaciones, los resultados de la encuesta claramente indican que existen problemas para notificar el ASM y las RSMP en varios países. Si bien casi todas las asociaciones integrantes de la WPA cuentan con leyes o reglamentos para la notificación del ASM, esta práctica puede verse dificultada por el carácter voluntario de la notificación y la falta de respaldo legal o de la Asociación profesional para los psiquiatras que notifican. La falta de reglamentos y de procedimientos de implementación de las asociaciones integrantes en algunos casos indica la necesidad de una mayor investigación.

Por último, los representantes expresaron la necesidad de una mayor educación de psiquiatras, residentes y del público sobre estas cuestiones. Un encuestado captó bien esta necesidad: «Puesto que el sexo en general y la mala conducta sexual profesional en concreto representan un tabú en esta parte del mundo, los pacientes (en su mayor parte mujeres y menores) habrán de facultarse para conocer sus derechos y poder lograr que los perpetradores sean llevados a la justicia». Esperamos que los resultados de esta encuesta ayuden a lograr los cambios necesarios.

Agradecimientos

D.E. Stewart y E. Venos son los principales coautores de este artículo. Los autores desean agradecer a los miembros del Comité de Análisis de la WPA por ofrecer recomendaciones para las preguntas o el boceto del manuscrito.

World Psychiatry 2009;8:45-48

Bibliografía

- World Psychiatric Association. Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice. Madrid: WPA General Assembly, 1996.
- Okasha A. The Declaration of Madrid and its implementation. An update. *World Psychiatry* 2003;2:65-7.
- World Psychiatric Association. www.wpanet.org.
- Dyer O. BMC strikes Southall off medical registry for serious professional misconduct. *BMJ* 2007;335:1174.
- Secretary of State for Health. The Kerr/Huslam inquiry. Norwich: Her Majesty's Stationary Office, 2005.
- MacMillan HL, Flemming JB, Streiner DL et al. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry* 2001;158:1878-83.
- Loo SK, Bala NMC, Clarke ME et al. Child abuse. Reporting and classification in health care. Ottawa: Health Canada, 1998.
- Bruck M, Ceci S. Unveiling some common misconceptions. *Current Directions in Psychological Science* 2004;13:229-32.
- Dyer O. Paediatricians debate a motion of no confidence in General Medical Council procedures for child protection work. *BMJ* 2008;336:791.
- Dahlberg C. Sexual contact between patient and therapist. *Contemporary Psychoanalysis* 1970;6:107-24.
- Gartrell N, Herman J, Olarte S et al. Psychiatrist-patient sexual contact: results of a national survey. I. Prevalence. *Am J Psychiatry* 1986;143:126-31.
- Leuper ET. Effects of practitioners' sexual misconduct: a follow-up study. *J Am Acad Psychiatry Law* 1999;27:51-63.
- Robinson GE, Stewart DE. A curriculum on physician-patient sexual misconduct and teacher-learner mistreatment. Part I. Content. *Can Med Assoc J* 1996;154:643-9.
- Canadian Psychiatric Association. Position statement on sexual misconduct. Ottawa: Canadian Psychiatric Association, 1995.
- Council of Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Sexual misconduct in the practice of medicine. *JAMA* 1991;266:2741-5.
- Gabbard GO. Post-termination sexual boundary violations. *Psychiatr Clin North Am* 2002;25:593-603.
- American Psychiatric Association. The principles of medical ethics with annotations especially applicable to psychiatry. Washington: American Psychiatric Association, 2001.
- Johnson CF. Child sexual abuse. *Lancet* 2004;364:462-70.
- Myers GE. Addressing the effects of culture on the boundary keeping practices of psychiatry residents educated outside of the United States. *Acad Psychiatry* 2004;28:47-55.
- Leggett A. A survey of Australian psychiatrists' attitudes on practices regarding physical contact with patients. *Aust N Z J Psychiatry* 1994;28:488-97.
- Field TS, Cadoret CA, Brown ML et al. Surveying physicians: do components of the "Total Design Approach" to optimizing survey response rates apply to physicians? *Med Care* 2002;40:596-605.

Atención a la salud mental de la población en la región de Asia y el Pacífico: empleo de los modelos actuales de mejores procedimientos para moldear la normatividad futura

CHEE NG¹, HELEN HERRMAN^{1,2}, EDMOND CHIU¹, BRUCE SINGH³, POR PARTE DEL GRUPO EDITORIAL DEL PROYECTO DE DESARROLLO DE LA SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN DEL PACÍFICO ASIÁTICO

**En el Apéndice se enumera a los miembros del grupo editorial*

¹Department of Psychiatry, University of Melbourne and St. Vincent's Mental Health, Melbourne, Victoria, Australia

²Orygen Youth Health Research Centre, Department of Psychiatry, University of Melbourne, Australia

³Faculty of Medicine, Dentistry and Health Sciences, University of Melbourne, Australia

Las vastas experiencias derivadas de los modelos de atención a la salud mental en la población de la región de Asia y del Pacífico nos brindan enseñanzas e ideas valiosas para los avances futuros. Resulta claro que para que ocurra un cambio positivo es necesario explorar y desarrollar vías innovadoras, culturalmente sensibles y económicamente sustentables para los modelos de tratamiento de la población. Se ha establecido el Proyecto de Desarrollo de Salud Mental de la Población de Asia y del Pacífico (APCMHD, por sus siglas en inglés) para analizar diversos modelos de guía o enfoques a los servicios de salud mental de la población en la región de Asia y del Pacífico. Su objetivo es ilustrar y promover los mejores procedimientos en la atención a la salud mental en la población mediante el empleo de intercambio de información, evidencia actual y experiencia práctica en la región. El proyecto está basado en el trabajo de una red emergente de líderes de la salud mental de 14 países o regiones de Asia y del Pacífico, que colaboran para elaborar modelos de normatividad de salud mental apropiados y fuerza operativa en la implementación de los servicios de atención mental a la población. Se resaltan algunos de los principios de guía decisivos para el desarrollo de la atención a la salud mental en la población de la región. Tal intercambio colaborativo basado en los procedimientos locales ayudará a mejorar las soluciones regionales a los retos que plantea desarrollar la capacidad y las estructuras para los sistemas de salud mental basados en la población que se implementarán en lo futuro.

Palabras claves: Salud mental de la población, modelos locales, principios de asistencia, cultura, prestación de servicios.

La región de Asia y el Pacífico se acerca a la mitad de los estimados 450 millones de personas que son afectadas por las enfermedades mentales en todo el mundo (1).

Basándose en las normas de atención a la salud mental internacionales, muchos sistemas de salud occidentales han establecido normatividad y directrices para la salud contemporánea que comprenden la prestación de asistencia a la salud mental en la población. Sin embargo, la prestación de cuidados de salud mental de calidad y apropiados para la población sigue siendo un reto constante para los países tanto de nivel socioeconómico elevado como bajo. Las dificultades y los obstáculos en la implementación de los modelos integrales de servicio a la población comprenden financiación inadecuada, disponibilidad de una fuerza operativa de salud mental capacitada, integración en los servicios de atención primaria y organismos sociales, así como la colaboración entre los sistemas de salud públicos y privados (2,3). Puesto que el sistema de los servicios de salud mental en la población depende de la fuerza operativa suficiente para la prestación de los servicios, la escasez decisiva de personal de salud mental capacitado en forma adecuada sigue impidiendo el avance de las reformas en la salud mental.

En respuesta a tales tendencias globales, muchos países en la región de Asia y del Pacífico han comenzado a establecer normas y directrices de salud mental y se han desplazado desde la atención institucional hasta los servicios de salud mental a la población. Aunque estas reformas están respaldadas por las recomendaciones de los cuerpos de gobierno de la Organiza-

ción Mundial de la Salud (OMS), como la Estrategia de Salud Mental Regional del Pacífico Occidental (4), factores sociales, económicos y culturales en los países de Asia y el Pacífico a menudo no permiten la fácil transferencia de los modelos asistenciales de la salud mental de la población occidental. Los gobiernos y los prestadores de servicios suelen afrontar retos para desarrollar e implementar la asistencia y los servicios de salud mental apropiados a las poblaciones locales. Además, no sería realista ni conveniente producir recomendaciones rígidas para un modelo de atención a la salud mental de una población singular, dada la diversidad que caracteriza a la región de Asia y del Pacífico. Por consiguiente, para que ocurran cambios positivos en la región, es necesario analizar, desarrollar y compartir vías innovadoras, culturalmente apropiadas y económicamente sustentables para los modelos de tratamiento de la población. Las reformas en los servicios de salud mental a la población parecen estar logrando un impulso en esta región, pese a los obstáculos. Pueden obtenerse enseñanzas e ideas valiosas para un desarrollo adicional tanto de los éxitos como de las dificultades para reformar los sistemas de salud mental y los procedimientos en la región.

En la región de Asia y del Pacífico está surgiendo una red emergente de representantes de los gobiernos, de organismos máximos y de organizaciones clave para establecer relaciones de apoyo que faciliten la implementación de modelos normativos localmente apropiados para las reformas en los servicios de salud mental de la población. La red es respaldada por el pro-

yecto de Desarrollo de la Salud Mental de la Población de Asia y del Pacífico (APCMHD), que comprende 14 países/zonas en la región de Asia y del Pacífico. Iniciado en colaboración con la Oficina Regional del Pacífico Occidental de la OMS, el proyecto APCMHD es dirigido por Salud Mental de Asia y Australia, un consorcio del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Melbourne y Asialink y St. Vincent's Health, que es parte del Centro Colaborador de Salud Mental de la OMS (Melbourne). El proyecto, que originó la colaboración operativa de muchas organizaciones de salud mental, es compatible con el Programa de Acción Global para la Salud Mental de la OMS (5).

Los objetivos del proyecto son promover los mejores procedimientos en la asistencia a la salud mental de la población mediante el intercambio de conocimientos y experiencias prácticas en la región de Asia y del Pacífico. Los criterios de valoración clave son la documentación del estado actual, las fortalezas y las necesidades de los servicios de la asistencia mental a la población en la región, con la esperanza de traducir los conocimientos actuales en cambios prácticos en lo futuro.

ETAPAS DEL PROYECTO

El proyecto implicó un proceso de tres etapas de desarrollo durante tres años. Se identificaron los mejores procedimientos en la asistencia a la salud mental de la población en la región de Asia y del Pacífico y se examinaron mediante la obtención de datos nacionales, evidencia existente, intercambio de información y experiencia práctica. Un total de 14 países/zonas participaron en el proyecto, entre ellos (en orden alfabético) Australia, Camboya, China, Hong Kong, India, Indonesia, Japón, Corea, Malasia, Mongolia, Singapur, Taiwán, Tailandia y Vietnam. Una red de representantes de los ministerios de salud y organizaciones de la salud mental clave en la región colaboraron para producir principios normativos para el desarrollo de procedimientos culturalmente apropiados en la asistencia a la salud mental de la población. Se lograron avances importantes como resultado de la buena voluntad y el entusiasmo de los participantes, quienes valoraron el compartir los procedimientos y las soluciones en la vida real. La organización Salud Mental de Asia y Australia, OMS, y los asociados en el proyecto brindaron respaldo técnico y analizaron continuamente los avances de los países participantes.

Etapas 1: Desarrollo del modelo para la obtención de datos

Las reuniones de trabajo preliminares con los representantes de países clave tuvieron lugar en 2005-2006 en conferencias decisivas que se llevaron a cabo en Asia para deslindar el proyecto, planificar las orientaciones y acordar la metodología de trabajo a fin de garantizar la consistencia en la documentación de los recursos de la salud mental de la población existentes, los reglamentos y los procedimientos en todos los países y las regiones.

Etapas 2: Producción de los recursos para los mejores procedimientos

Los representantes de los países desarrollaron un patrón de un boceto de informe, basado en las metas del proyecto, que

ayudase a cada país o zona a documentar la normatividad en salud mental, las estrategias y los diversos modelos locales o enfoques a la prestación de los servicios de salud mental a la población. Se acordó una reunión para consenso en el Congreso Internacional de la WPA en Melbourne en noviembre de 2007 a fin de esclarecer los métodos y comunicar la información obtenida de los países participantes.

Etapas 3: Publicación, difusión e implementación

Se publicó un informe regional (6), basado en las experiencias y las enseñanzas obtenidas, para proporcionar un recurso que brindara información para el desarrollo de la normatividad en lo futuro y la implementación de los servicios basados en la población. A la publicación del informe y la difusión de la información en los países regionales seguirá la implementación de los resultados planificados. Los informes completos para cada país/región están disponibles en www.aamh.edu.au.

PRINCIPIOS CLAVE PARA MEJORAR LA ASISTENCIA A LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN EN LA REGIÓN DE ASIA Y EL PACÍFICO

Los modelos rentables de asistencia a la salud mental en la población deben ajustarse en toda la región. Se considera muy importante una serie de métodos focalizados para el de entorno local, la cultura y la salud mental de los países de Asia y del Pacífico. Los siguientes principios directrices clave fueron extraídos de los análisis de diferentes muestras regionales de mejores procedimientos, algunos de los cuales se esbozan brevemente adelante junto con los principios correspondientes.

Énfasis del sistema hospitalario en la asistencia basada en la población

El concepto del servicio de salud mental a la población adopta diferentes significados en diferentes culturas y varía en toda la región. Se puede desarrollar una asistencia basada en la población dentro de un sistema de hospitales de salud mental. Muchos hospitales han desarrollado personal extrahospitalario que proporciona servicios de salud mental especializados en contextos locales, para capacitar a los profesionales sanitarios de la atención primaria y a organizaciones sociales. Aunque todavía deben proporcionarse camas adecuadas para asistir al enfermo agudo, se necesitan servicios alternativos de asistencia a la salud de la población que faciliten el alta rápida, optimicen el tratamiento y la rehabilitación fuera del hospital y prevengan las recaídas de las enfermedades o la rehospitalización. Debe integrarse la atención basada en la población en una mezcla equilibrada de componentes de servicios, que fluctúe desde la atención hospitalaria psiquiátrica hasta la atención en hospitales generales y los cuidados primarios.

El Hospital Bahagia Ulu Kinta en Perak, Malasia, es un hospital psiquiátrico de gran tamaño que ha incrementado los servicios de atención a domicilio que ofrecen una rehabilitación individualizada en la población. El hospital terciario grande es el «centro de distribución» que administra y proporciona recursos a los «rayos», que son los centros de salud

mental de la población. Los recursos gradualmente se están desplazando desde los servicios basados en camas de los hospitales a los servicios basados en la población. Las tasas de recaídas y de reingresos se han reducido desde un 25% hasta un 0,5%.

El Programa de Salud Mental Provincial de Kyonggi en Corea, estableció 14 centros de salud mental en la población de toda la provincia de Kyonggi en 1998, proporcionando servicios esenciales como servicios de asistencia durante el día, o tratamiento de casos, apoyo a la familia, educación a la población y enlace con diversos recursos de la comunidad. Gracias a su implementación satisfactoria, la División de Salud Mental del Ministerio adoptó el Kyonggi para iniciar un proyecto de salud mental a nivel nacional en 1999.

Acceso equitativo a la asistencia para la salud mental

El acceso a la atención básica para la salud mental por lo general significa acceso a los médicos con capacitación en la salud mental, medicación básica y apoyo familiar. Para respaldar la asistencia básica para la salud mental, también se necesita el acceso a los servicios especializados, lo que comprende asistencia a enfermos agudos y a los programas de rehabilitación y vocacionales. El acceso puede estar restringido por muchas causas, entre ellas, barreras geográficas, escasez de personal capacitado y medicación, estigma social, una falta de apoyo económico y una defensa deficiente de los derechos del paciente. La transición de la atención basada en centros de salud a la atención basada en la población ha traído consigo enfoques innovadores para abordar los vacíos asistenciales en toda la región.

El Programa de Reforma del Modelo de Servicio de Salud Mental Nacional o «Programa 686» en China fue implantado por el Centro Nacional para la Salud Mental a fin de aumentar el acceso a la asistencia a la salud mental a través del desarrollo de 60 áreas de demostración en 30 provincias. Se ha proporcionado atención clínica gratuita y medicamentos a millares de pacientes pobres. Cada lugar atiende a una población de casi 400.000 con una cobertura total de 42,9 millones. Se han realizado más de 600 sesiones de capacitación para psiquiatras, médicos de la población, trabajadores sociales aliados, policías, trabajadores de la comunidad y familias de pacientes, lo que ha producido una capacitación de más 50.000 personas. A nivel global, ésta ha sido una de las más importantes reformas a la salud mental que se hayan visto.

El Proyecto de Enfermería para la Salud Mental de la Población (CMHN, por sus siglas en inglés), en Indonesia, aumentó el acceso a la atención para la salud mental en las zonas rurales mediante el empleo de un servicio extrahospitalario móvil constituido por personal de enfermería, trabajadores de la salud de la población y médicos con capacitación en salud mental. El CMHN proporcionó una gama de servicios de educación, apoyo y tratamiento dirigido a pacientes, sus familias y a la sociedad en general. Mediante la educación brindada por este proyecto, la sociedad también puede brindar apoyo a la asistencia a la salud mental y la rehabilitación vocacional.

Apoyo en la transición asistencial de los centros de salud a la población

El proceso de cambiar la atención basada en los centros de salud a la población es muy difícil para las personas con enfermedades mentales crónicas y graves que se la han pasado muchos años en centros de salud. Esto puede obedecer a una escasez de recursos, tanto de personal como externos, lo cual puede deberse a su invalidez y a su internamiento en centros de salud. Sin embargo, en estos pacientes no son menos importantes los valores de autonomía, autoeficacia, fortalezas personales y buena calidad de vida. Los pacientes que abandonan la atención basada en centros de salud no necesitan únicamente un sólido respaldo psiquiátrico, sino también apoyo práctico, como ayuda en el hogar, capacitación vocacional y en destrezas vitales, para garantizar resultados satisfactorios en la salud mental.

El proyecto Tratamiento Intensivo de Pacientes con Atención Ampliada, Escalón de Desviación Inicial y Rehabilitación (EXITERS, por sus siglas en inglés) en Hong Kong logra la transición respaldada de la atención a los pacientes con internamiento crónico utilizando un sistema de tres fases que comprende la concordancia flexible de recursos, respaldos sociales activos y estructuras de seguimiento que utiliza el personal multidisciplinario. Se proporciona rehabilitación intensiva y tratamiento de casos para mejorar el funcionamiento social y vocacional.

El Vuelo desde el Grupo del Nido (Sudachi-kai) en Japón es una corporación de bienestar social con un papel activo tanto en el personal de salud mental como en la promoción del alta dirigida por compañeros. Así mismo, hace importante hincapié en la capacitación vocacional y en proporcionar apoyo de albergue para garantizar el alta satisfactoria de la atención basada en el hospital. Este programa de alta basado en la población que es dirigido por una organización no gubernamental (ONG) en Japón ha dado de alta a más de 126 personas desde que comenzó el programa.

El Proyecto Ger en Mongolia, respaldado por la OMS y la Fundación SOROS, utiliza las viviendas y tiendas portátiles tradicionales denominadas «albergues» para brindar educación y capacitación en las destrezas vitales y sociales a personas con enfermedades mentales en la población. El Proyecto Ger también proporciona educación psicológica, asesoría, apoyo a la familia y tratamiento psiquiátrico continuo.

Funciones del consumidor y del cuidador

El facultamiento de usuarios y cuidadores, y la incorporación de su programa de trabajo, son decisivos para la planificación y el desarrollo de la atención a la salud mental en la población. Muchos de los proyectos analizados hacen importante hincapié en la autonomía del paciente. La participación de los pacientes en la toma de decisiones con respecto a su atención no sólo concuerda con sus derechos humanos, sino también puede contribuir a un mejor cumplimiento y por tanto

puede traer consigo mejores desenlaces en la salud. Esto tiene la misma importancia para las personas con padecimientos mentales que para aquellas con otros tipos de enfermedades. El papel del paciente como consumidor es poderoso ya que puede utilizarse como guía para la asistencia futura a las personas con enfermedades mentales al compartir experiencias y defensa del paciente. El papel del consumidor también se extiende más allá de la atención a la salud mental únicamente y se puede utilizar para validar también el papel de las personas con enfermedades mentales en la población en general.

La casa de Bethel en Japón constituye un complejo de servicios, grupos de autoayuda y organizaciones privadas que fue establecida por un grupo de usuarios. Resalta la importancia de reuniones enfocadas en el usuario, durante el cual los usuarios describen los problemas que han afrontado, utilizan técnicas de solución de problemas para resolver estos aspectos y registran su avance para el beneficio futuro de otros usuarios.

Redes y colaboraciones sociales

La formación de redes y colaboraciones sociales aumenta los recursos disponibles para las personas con enfermedades mentales que viven en la población. Los colaboradores sociales, las ONG y los voluntarios aportan experiencias y recursos valiosos que permiten el desarrollo de proyectos que son apropiados para el grupo de pacientes y su población local. También constituyen colaboradores clave en el desarrollo de enlaces sociales con agencias locales e interesados.

El modelo de atención para la salud mental en Camboya resalta la importancia de la defensa efectiva del paciente al fortalecer los vínculos sociales y el papel de las familias, las ONG y las agencias sociales en la atención a la salud mental. Al poner énfasis en integrar los aspectos de la salud mental en todos los niveles de capacitación médica, puede mejorar el conocimiento de la salud mental y la serie de destrezas básicas de los profesionales sanitarios generales.

El Proyecto para la Salud Mental basado en la Población (CSSKTT, por sus siglas en inglés), en Vietnam, al establecer una red de salud mental integrada entre las provincias, inició el desarrollo de servicios para la salud mental en la población. La prioridad es lograr que el público se dé cuenta cada vez más de los aspectos relativos a las enfermedades mentales, la detección temprana y el acceso a centros de tratamiento, beneficiando de esta manera a pacientes y familias de medios pobres y zonas remotas. Este proyecto recibió el apoyo de las provincias, los distritos y los poblados.

Integración en los recursos de atención a la salud existentes

En todos los países los servicios de salud mental de la población habrán de integrarse a la atención primaria y al sistema de salud general, para garantizar un sistema de atención continuo y más rentable así como el rápido acceso al tratamiento y a la atención por parte de los pacientes con enfermedades mentales. La integración maximizará la atención integral a los

pacientes con enfermedades mentales que a menudo tienen problemas tanto médicos como psicológicos. En el contexto de los recursos limitados de muchos países, existe la necesidad de maximizar los recursos disponibles y adaptarse a la realidad socioeconómica para desarrollar los servicios de salud mental apropiados para la población. La integración puede lograrse ubicando a los profesionales de la salud mental en centros de atención primaria o mediante la capacitación de los trabajadores de la atención primaria y sociales en la asistencia a la salud mental básica y garantizar que reciban el apoyo continuado de especialistas en la salud mental.

El modelo del Programa de Salud Mental Distrital (DMHP, por sus siglas en inglés), en India, lanzado bajo el Programa Nacional de Salud Mental, tuvo por objeto crear un servicio de salud mental descentralizado a través de la integración de la salud mental en el sistema de atención primaria a la salud. Éste es respaldado por la extensa red de personal sanitario capacitado en el sistema de asistencia a la salud general. Al hacerlo, el DMHP también tiene como objeto que la población esté más informada y después mejorar la detección oportuna, brindar tratamiento y reducir el estigma de las enfermedades mentales.

El «Modelo Taipei» desarrollado por el Centro Psiquiátrico de la Ciudad de Taipei (TCPC), en Taiwán, procura construir una red entre el hospital y el sector de salud pública y facilitar las consultas de seguimiento por trabajadores de la salud pública de 12 institutos de salud distritales a pacientes con enfermedades mentales graves dados de alta del centro. Las enfermeras de salud pública intervienen en la valoración, la planificación la implementación y la evaluación de los servicios psiquiátricos de la población.

Concienciación de la población y promoción del valor de la salud mental

El proceso de cambiar el lugar asistencial de centros de salud a la población se acompaña en forma paralela de una reducción del estigma y la promoción de la salud mental, ya que la simple presencia de personas con enfermedades mentales en la población aumenta la concienciación social con respecto a la salud mental y las enfermedades mentales. Sin embargo, todavía existe un estigma en muchas poblaciones y constituye un obstáculo para tener acceso a los servicios. El promover el valor de la salud mental puede ser una forma positiva y resuelta de fomentar la aceptación de los servicios de atención para la salud mental, aumentando la concienciación de la población y la comprensión de los problemas inherentes a la salud mental.

El DMHP en la India utilizó diversas técnicas para mejorar la concienciación sobre la salud mental, entre ellas, la producción y la distribución de folletos informativos a clubes de jóvenes, organizaciones voluntarias, maestros y personal del gobierno, proyección de películas sobre salud mental en los poblados y la creación de diapositivas cinematográficas para que el público se percate de los problemas de salud mental.

El Programa de Salud Mental Basado en la Población (CMHP) en Tailandia aumenta la concienciación de la salud mental a través de la participación de las poblaciones y sus líderes en la promoción de la salud mental y la prevención de las enfermedades mentales en sus propias poblaciones.

El principal objetivo del Proyecto de Promoción de la Salud Mental en Mongolia fue crear un entorno de promoción de la salud mental, a través de una estrategia integrada en la que participaron escuelas, familias, organizaciones no gubernamentales y agencias sociales, para aumentar la concienciación de la población con respecto a la salud mental. El empleo de esta estrategia tuvo como propósito incrementar la participación de la población en las actividades de promoción de la salud mental, mejorar el conocimiento y la actitud de las autoridades con respecto a la salud mental y lograr la colaboración intersectorial en la concienciación sobre la salud mental y la prevención de las enfermedades mentales.

Intervención en crisis

Un componente clave de la asistencia a la salud mental de la población es proporcionar servicios de intervención adecuados y oportunos en momentos de crisis para responder a personas con trastornos psiquiátricos agudos o urgencias psiquiátricas. El servicio de atención durante crisis deberá ser parte de una fuerte infraestructura de salud mental de la población que pueda brindar una atención constante de apoyo para reducir la frecuencia de urgencias psiquiátricas. La intervención temprana en los episodios agudos de enfermedades psiquiátricas puede disminuir la necesidad de hospitalizaciones o prevenir la presentación de trastornos psiquiátricos crónicos.

El Centro de Salud Mental Metropolitano de Seúl (SMMHC) brinda una atención integral a personas con enfermedades mentales en la población metropolitana, utilizando cuatro equipos de personal diferentes especializados en coordinar centros para la salud mental, intervención de crisis, prestación de cuidados a personas sin hogar con enfermedades mentales y promoción de la salud mental. El sistema de tratamiento de la crisis también coordina los organismos relacionados para prevenir suicidios y construye redes de seguridad social.

La Intervención en la Salud Mental en Momentos de Crisis (CMHI) en Tailandia, rápidamente se desarrolló en respuesta al tsunami de 2004, utilizó modelos de la atención poblacional y enlaces con redes de la población y otros organismos para brindar atención en tres fases a una población extensa, muchas de las cuales fueron desplazadas. A través del empleo de equipos de salud mental móviles, y con la participación de trabajadores de la atención primaria, voluntarios sanitarios de los poblados y directores de la comunidad como maestros y monjes, todos los poblados recibieron atención para la salud mental oportuna y apropiada.

Intervención oportuna

La intervención oportuna tiene como objetivo prevenir la evolución de las enfermedades crónicas y la discapacidad consecutiva a los trastornos mentales. Esto puede dar por resultado mejores

desenlaces en la salud mental, lo que comprende reducciones en la frecuencia de recaídas de la enfermedad, complicaciones a largo plazo y la necesidad de tratamiento del paciente internado. La intervención oportuna es muy decisiva en las personas jóvenes. El aislamiento social y el ausentismo escolar suelen ocurrir en las primeras etapas de la enfermedad y esto puede tener una repercusión importante en la calidad de vida de la persona joven.

El Programa de Intervención Temprana en la Psicosis (EPIP) en Singapur pretende aumentar la detección oportuna de los problemas de salud mental, entre ellos la psicosis, mediante mejoras en la educación sobre la salud mental en las escuelas. El EPIP también promueve la intervención oportuna mediante la capacitación de los médicos de atención primaria para la detección sistemática y el tratamiento continuado de personas jóvenes con enfermedades mentales.

El Servicio de Evaluación Oportuna para las Personas Jóvenes (EASY) en Hong Kong promueve la intervención temprana al alertar a través de una campaña de informaciones amplia, ayuda a la detección oportuna mediante el empleo de un sistema de remisión abierto y proporciona una atención óptima mediante el empleo de un tratamiento farmacológico y psicosocial aplicado utilizando una estructura de tratamiento de casos.

Adopción de un enfoque central en el paciente

Las necesidades de los pacientes son complejas y varían de una persona a otra, de un grupo a otro y con el tiempo. Se necesita un servicio de salud mental integral flexible que incluya los servicios de pacientes internos, a la población, los cuidados de rehabilitación y a domicilio y que permita abastecer los recursos necesarios para la atención a los episodios agudos y a largo plazo en personas con enfermedades mentales. Es necesaria la integración de diversos tipos de prestación de servicios para garantizar una continuidad en la asistencia, de manera que los pacientes puedan ser atendidos como internos, en forma ambulatoria y en su domicilio según se modifiquen sus necesidades. Para cumplir las diversas necesidades individuales, también se necesitan servicios que tomen en cuenta los aspectos culturales y que estén orientados a la recuperación.

Los Servicios de Prevención y Atención durante la Recuperación (PARC) con sede en Victoria, Australia, proporcionan una intervención oportuna en el proceso de recaídas y soporte postagudo así como intervenciones que favorecen una atención integral, autotratamiento, prevención de las recaídas y rehabilitación. Estos servicios tienen componentes tanto clínicos como de rehabilitación, que cierran la brecha entre la atención a los pacientes internos y el sistema de apoyo a la población brindado a través de la rehabilitación de la discapacidad psiquiátrica y el sector de respaldo. Reducen los ingresos en los centros de salud al ayudar a aquellos con enfermedades mentales agudas (ascenso) y brindar una alternativa de alta rápida de las unidades de pacientes internos (reducción).

Es probable que un enfoque de equipo multidisciplinario, en el que médicos de diversas disciplinas de la salud mental

trabajen en colaboración para la atención a los pacientes, proporcione una atención integrada de mayor calidad en la población. El enfoque de equipo permite una atención más integral ya que recurre a la capacitación y la experiencia de todo el personal involucrado. Un enfoque multidisciplinario a la atención también favorece la coordinación y todos los miembros del equipo de tratamiento participan en la planificación de la prestación de cuidados integrales. Los programas basados en la población también operarían estrechamente con los médicos de atención primaria, las ONG y los recursos de la población, para lograr desenlaces satisfactorios en la atención a la salud mental.

El Programa Psicogeriátrico de la Población (CPGP) en Singapur es un servicio clínico a domicilio que utiliza un enfoque multidisciplinario para aumentar el acceso de los pacientes a los servicios y la detección oportuna de las enfermedades mentales. El CPGP otorga gran importancia a formar redes sociales mediante la participación activa de las ONG y los organismos sociales. El programa proporciona capacitación y apoyo a estos organismos en ámbitos como detección oportuna y diagnóstico temprano de enfermedades mentales, así como el tratamiento constante de personas de mayor edad con enfermedades mentales en la población.

Para asegurarse de que todo paciente pueda tener acceso a los servicios que necesita y cuando los necesita, es esencial brindar a los profesionales de la salud mental habilidades para tratar mejor y coordinar sus actividades. Un servicio coordinado centrado en el paciente se define como tratamiento de caso, lo que comprende aspectos de evaluación, planificación, implementación, coordinación y vigilancia. El tratamiento de los casos debe ponerse en práctica de manera diferente lo que depende de cuestiones culturales, recursos y preparación del sistema. Sin embargo, existen algunos principios que se mantienen constantes y pueden incrementarse en forma genérica (p. ej., planes de servicio individual).

El Programa de Reforma del Modelo del Servicio Nacional de Salud Mental o «Programa 686» en China tiene entre sus prioridades aumentar la capacidad de la fuerza operativa para proporcionar un sistema de salud mental integral, al mejorar las destrezas del personal de la salud mental a fin de incrementar el ejercicio de la atención a la población y de tratamiento de casos. En la actualidad se está comenzando a realizar un programa de participación tripartita entre China territorial, Hong Kong y Australia. Más de 500 capacitadores se han entrenado en el tratamiento básico de casos para brindar una atención a la salud mental coordinada en 60 lugares.

DISCUSIÓN

La región de Asia y el Pacífico se caracterizan por una gran diversidad de personas, culturas, etnias, lenguajes, desarrollo socioeconómico, clima, características geográficas y sistemas de gobierno. Así mismo, existe una amplia variación entre los países en cuanto a población, producto interno bruto, infraestructuras sociales, sistemas de salud, recursos educativos y tasas de empleo. En tiempos recientes, el desarrollo socioeco-

nómico rápido, el crecimiento de la población, la propensión a los desastres naturales, la amenaza de epidemias víricas y los cambios en las estructuras sociales y familiares que ocurren en muchos países de la región han dado por resultado retos importantes y han tenido un impacto en sus sistemas sanitarios.

En toda la región, la proporción del dispendio en salud mental del presupuesto sanitario en general es baja en comparación con los países occidentales. Aunque la financiación de la salud mental es proporcionada principalmente por los presupuestos gubernamentales o los sistemas de seguros, en algunos países del sector privado, las ONG y la ayuda internacional contribuyen en grado significativo a los recursos para la salud mental. Un aspecto frecuente en casi todos los países ha sido la falta relativa de recursos en salud mental, en cuanto a financiación, fuerza operativa, instalaciones, disponibilidad de fármacos psicoactivos y provisiones de investigación. Si bien la mayoría de los países cuentan con políticas y planes de salud mental y muchos disponen de leyes para la salud mental, las normas y la calidad de la prestación de los servicios correspondientes son muy variables entre los países y en diferentes lugares de un mismo país. El estigma asociado a los trastornos psiquiátricos y la falta de aceptación de las enfermedades mentales por la población sigue siendo un obstáculo importante en toda la región.

Los recursos de la población para la rehabilitación psicosocial proporcionan una atención mejor y más oportuna a personas con trastornos mentales, ayudan a conservar los derechos humanos de quienes padecen enfermedades mentales y limitan el estigma del tratamiento de la salud mental. Sin embargo, a nivel mundial, existen recursos para la asistencia a la población únicamente en el 68,1% de los países, y en varias regiones, entre ellas sureste de Asia, tales recursos sólo están disponibles en casi la mitad de los países (7). En los países asiáticos donde se cuenta con los servicios para la salud mental de la población, éstos no están equitativamente disponibles y a menudo están restringidos a algunas zonas de buenos recursos de los centros urbanos de tales países. Por tanto, es necesario implementar enfoques innovadores para aumentar gradualmente y expandir los recursos de salud mental de la población, los servicios y la infraestructura (8), y a la vez no negar la necesidad de mejorar las normas de los servicios psiquiátricos existentes en hospitales psiquiátricos y hospitales generales.

En tiempos más recientes, hay pruebas indicativas de nuevas formas de abordar la salud mental en la población de nuestra región. Se han realizado esfuerzos importantes para desarrollar servicios de salud mental basados en la población y apropiados para los lugares en congruencia con las recomendaciones del Informe sobre la Salud Mundial (9) y las normas de política y servicios de la OMS (5). Sin embargo, los diferentes factores socioeconómicos y culturales de los sistemas de salud mental en los países de Asia y el Pacífico a menudo no necesariamente se prestan a la aplicación directa de un enfoque estándar u occidental de los modelos de atención a la salud mental de la población. Se necesitan modelos asistenciales local y culturalmente apropiados para implementar los servicios de salud mental sostenibles que puedan integrarse en las infraestructuras de la población y salud locales.

El proyecto APCMHD se ha establecido para explorar diversos modelos locales o enfoques a la prestación de servicios

de salud mental a la población en la región. El proyecto ha revelado que, aunque hay una amplia diversidad de modelos de atención a la salud mental en la población en los países y regiones de Asia y el Pacífico, es útil el consenso derivado de estas experiencias. El intercambio de información con respecto a los procedimientos y soluciones regionales a los retos es de utilidad para crear servicios de salud mental a la población localmente apropiados y modelos asistenciales que podrían implementarse en cada país. En toda la región de Asia y el Pacífico pueden encontrarse muchos ejemplos de modelos de mejor procedimiento de los servicios asistenciales basados en la población. Los ejemplos plantean modificaciones locales de los modelos de salud mental de la población, resaltando la importancia de éxitos y lagunas, lo mismo que algunas de las estrategias utilizadas para superar los retos encontrados.

El proyecto APCMHD proporciona datos impresionantes que indican que en toda la región de Asia y el Pacífico cada vez se da más importancia a las reformas de todo el sistema de atención para la salud mental de la población más que a una serie de iniciativas locales y no coordinadas. Se están estableciendo leyes, políticas gubernamentales y normas de servicio para respaldar tal reforma en la salud mental. Se están dirigiendo cada vez más recursos a la prestación de servicios basados en la población, entre los que se cuentan la expansión de la capacitación de la fuerza operativa en salud mental (médicos, personal de enfermería y personal relacionado con la salud) en los servicios basados en la población, lo mismo que la capacitación y el respaldo de la atención a la salud primaria y a los trabajadores sociales en la atención básica a la salud mental. Cada vez se reconocen más los derechos humanos de personas con enfermedades mentales en toda la región, a la vez que se están implementando pasos para aumentar la participación de los usuarios y de los cuidadores de los pacientes. Así mismo, se está poniendo énfasis en fortalecer los vínculos intersectoriales como bienestar social, albergue, empleo y educación. Hay un fuerte compromiso entusiasta de cada país para avanzar a mejores procedimientos de atención para la salud mental en la población con el desarrollo de programas innovadores, de pertinencia local para trascender los obstáculos reconocidos inherentes a cada país.

A medida que se analizan modelos exitosos locales y se comprenden mejor por lo que respecta a futuras mejoras prácticas en la prestación de servicios, hay implicaciones positivas y el potencial de un desarrollo constructivo para el resto de la región. Sin embargo, el proceso de hecho sólo acaba de comenzar y faltan muchas cosas por hacer. Existe un consenso considerable en la región con respecto a los principios directrices y los componentes de una implementación satisfactoria de la atención para la salud mental en la población y también de lo que es necesario y esencial para cumplir con los retos futuros.

APÉNDICE

El Grupo Editorial del Proyecto para el Desarrollo de la Salud mental de la Población en Asia y el Pacífico comprende: H.M. Aminullah, R. Calder, M.L. Somchai Chakrabhand, S. Chhit, J. Fraser, M. Goding, Se-Fong Hung, Tae-Yeon Hwang, Jin Liu, Than Thai Phong, R.N. Salhan, S. Singh, T. Takeshima, G. Tsetsegedary, Kim Eng Wong y E. Chia-Husan Wu.

Agradecimientos

Este artículo está basado en el Informe Sumario del Proyecto para el Desarrollo de la Salud Mental de la Población de Asia y el Pacífico de 2008. Los autores desean agradecer a los siguientes organismos por el apoyo que han brindado a este proyecto: International Strategies Branch, Australian Government Department of Health and Ageing; Janssen-Cilag; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists; St. Vincent's Health (Melbourne), University of Melbourne; World Psychiatric Association and World Health Organization. Los autores también agradecen a Xiangdong Wang, S. Saxena y B. Saraceno por su asesoría y a B. Merner y N. Fraser por su ayuda editorial en este proyecto.

World Psychiatry 2009;8:49-55

Bibliografía

1. World Health Organization. The bare facts. Geneva: World Health Organization, 2008.
2. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007;370:1164-74.
3. Saxena S, Sharan P, Garrido Cumbrera M et al. World Health Organization's Mental Health Atlas 2005: implications for policy development. *World Psychiatry* 2006;5:179-84.
4. World Health Organization Western Pacific Regional Office. Regional strategy for mental health. Manila: World Health Organization, 2002.
5. World Health Organization. The Mental Health Policy and Service Guidance Package: mental health policy, plans and programmes. Geneva: World Health Organization, 2003.
6. Asia-Australia Mental Health. Asia-Pacific Community Mental Health Development Project: Summary Report. Melbourne: Asia-Australia Mental Health, 2008.
7. World Health Organization. Atlas country profiles on mental health resources. Geneva: World Health Organization, 2005.
8. Lancet Global Mental Health Group. Scaling up services for mental disorders: a call for action. *Lancet* 2007;9594:1241-52.
9. World Health Organization. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.

Corporeidad y esquizofrenia

GIOVANNI STANGHELLINI^{1,2}

¹WPA Section on Psychiatry and the Humanities, ²Chair of Dynamic Psychology, University of Chieti, Italy

La característica esencial de la existencia esquizofrénica es la incorporeidad. Éste es un rasgo que unifica las diversas dimensiones de esta existencia. La incorporeidad del yo, de la relación yo-objeto y de las relaciones interpersonales llevan a una dimensión en la cual la persona esquizofrénica vive y se comporta como un cuerpo sin alma o como un espíritu incorpóreo.

Palabras clave: Cenestesia, intersubjetividad, cuerpo vivido, esquizofrenia, auto-reconocimiento

Desde principios del Siglo XX, la fenomenología ha desarrollado una distinción entre el cuerpo vivido (Leib) y el cuerpo físico (Koerper), o cuerpo-sujeto y cuerpo-objeto. El primero es el cuerpo experimentado desde el interior, mi propia experiencia directa de mi cuerpo en la perspectiva de la primera persona, yo mismo como un agente corpóreo espaciotemporal en el mundo. El segundo es el cuerpo temáticamente investigado desde afuera, por ejemplo, por las ciencias naturales como anatomía y fisiología, una perspectiva de una tercera persona. La fenomenología concibe el cuerpo vivido como el centro de tres dimensiones principales de la experiencia: a) la experiencia del propio yo, y sobre todo de la forma más primitiva del auto-reconocimiento; b) la experiencia del objeto y el investimento de significado; c) la experiencia de otras personas, es decir, la intersubjetividad.

AUTO-RECONOCIMIENTO MÍNIMO

Me experimento a mí mismo como el origen en perspectiva de mis experiencias (es decir, percepciones o emociones), acciones y pensamientos. Este acceso primordial a mí mismo, o forma primitiva de egocentrismo, debe distinguirse de cualquier forma explícita y temática de la conciencia de yo, ya que es tácita e implícita, aunque experimentalmente presente. Esta experiencia primitiva de mí mismo no se origina en la reflexión, es decir, de una separación entre un yo experimentado y un yo que experimenta, sino que es un fenómeno prerreflexivo. También es inmediata, por cuanto es una evidencia que no se da a manera de inferencia ni de criterio. Esta forma de auto-reconocimiento primitivo no es una representación conceptual o lingüística del propio yo, sino un contacto primordial con uno mismo o autoafecto en el cual son la misma cosa quien siente que quien es sentido (1). Por último, pero no menos importante, también debe distinguirse de una clase de reconocimiento de objeto, ya que no se origina en una percepción objetivante u observacional de uno mismo. Henry utiliza el término ipseidad para expresar esta forma básica o mínima de auto-reconocimiento (1). Por consiguiente, la ipseidad es el sentido implícito, prerreflexivo, inmediato, no conceptual, no objetivante y no observacional de existir como un sujeto de conciencia. Es previo a toda otra experiencia y una condición de la misma.

Dos aspectos básicos e íntimamente relacionados del auto-reconocimiento mínimo son la soberanía individual y la experiencia agente (2). La soberanía individual es el sentido prerreflexivo de que soy uno que está teniendo una experiencia. La experiencia agente es el sentido prerreflexivo de que soy el que está iniciando una acción. La conciencia inmediata de la subjetividad de mi experiencia o acción implica que éstas son en algún sentido propiedad de mí mismo y generadas por mí mismo. Éstos son los conceptos básicos de la diferenciación experimentada entre lo propio y no lo propio, mi yo y el objeto que percibo y mi representación de ese objeto y el objeto en sí. Merleau-Ponty (3) hizo hincapié en que esta forma básica de autoexperiencia está enraizada en la propia experiencia corporal y su situación entre los objetos del mundo y otras personas. Para Merleau-Ponty, ipseidad es indistinguible de «habitar» en el propio mundo, es decir, es involucrarse y sentirse sintonizado con el propio ambiente. Es el cuerpo vivido lo que proporciona esta involucración y sintonía. El ser consciente —señala Merleau-Ponty (3)— es residir en el (être-à) mundo a través del propio cuerpo vivido. Se dispone de una buena evidencia empírica en psicología del desarrollo indicativa de que los recién nacidos ya están equipados con esta forma mínima de auto-reconocimiento que es corpóreo y está en sintonía con el mundo; por ejemplo, Rochat (4) asevera que los niños, mucho antes que han desarrollado una imagen conceptual de sí mismos, tienen un sentido propioceptivo y ecológico de su ser corpóreo.

CONCIENCIA DE OBJETO E INVESTIMIENTO DE SIGNIFICADO

El poder de organizar la experiencia está fundamentando en la motilidad y la percepción. Husserl (5) demostró que una modificación del propio cuerpo vivido implica una modificación de la percepción del mundo externo. Para Husserl, la forma de las cosas materiales, como se sitúan ante mí de una manera impulsiva, depende de mi configuración, de la configuración de mí mismo como un sujeto corpóreo que experimenta. Por medio de la integridad de la cinestesia —el sentido de la posición y el movimiento de los músculos voluntarios— mi propio cuerpo es la referencia constante de mi orientación en el campo perceptivo. El objeto percibido se da a sí mismo a través de la integración de una serie de aspectos prospectivos.

El cuerpo vivido no es solamente el origen en perspectiva de mis percepciones ni el sitio de su integración, es el medio por el cual yo poseo el mundo, en tanto que estructura y organiza las posibilidades de participar en el campo de la experiencia.

El cuerpo viviente percibe los objetos del mundo como parte de una situación en la cual está involucrado, de un proyecto al cual está comprometido, de manera que sus acciones son respuestas a situaciones más que reacciones a estímulos. El cuerpo —según lo señalaría Merleau-Ponty— procura comprender los objetos con los cuales interacciona; el cuerpo viviente trabaja en forma silenciosa mientras hago cualquier cosa. Comprendo mi entorno mientras lo habito y es posible la organización significativa del campo de la experiencia en virtud de que los potenciales activos y receptivos de mi propio cuerpo constantemente se proyectan en el mismo (6). El conocimiento es ejecutado (7) o específico de acción y la percepción siempre está entremezclada con posibilidades específicas de acción (8). La percepción constantemente se prepara para trazar posibilidades para la acción; estas posibilidades de acción son lo que llamamos «significado», ya que el significado de un objeto es cómo lo utilizamos. Como lo señala Heidegger (9), la clase básica de conocimientos que tengo de los objetos que encuentro en mi mundo no es un tipo de cognición meramente teórica, sino más bien una clase de interés que manipula a las cosas y las «pone a funcionar». Los objetos aparecen ante mi yo corpóreo como algo «para», o «equipo», «preparado», para manipular la realidad y por tanto para cortar, coser, escribir, etc. Literalmente tomo el significado de una cosa, ya que este significado es exactamente la «manipulabilidad» (*Handlichkeit*) específica de una cosa.

INTERSUBJETIVIDAD

Merleau-Ponty ubica al cuerpo vivido también en el centro del problema de la intersubjetividad, preparando las condiciones para la comprensión de la intersubjetividad como intercorporalidad, es decir, el vínculo perceptual inmediato y pre-reflexivo entre mi propio cuerpo y el de otro a través del cual reconozco a otro ser como otro yo e interpreto sus acciones. Desde la perspectiva de la intercorporalidad, la intersubjetividad es una comunión de la naturaleza humana y no una relación entre personas separadas. La intercorporalidad significa la transferencia del esquema corpóreo, el enlace primario de la percepción por el cual reconozco que otros son similares a mí mismo. Este fenómeno es la base fenomenológica de la sociabilidad sincrética, es decir, de la identificación pática del otro, en una palabra, de la intersubjetividad (10). La intercorporalidad nunca es completamente evidente, sino que es el soporte que sustenta toda interacción conectada con la conducta, ya activa y presente antes de cualquier comunicación explícita. El vínculo perceptivo entre mí mismo y otra persona se basa en mi posibilidad de identificarme con el cuerpo de la otra persona por medio de un vínculo de percepción primario. Los psicólogos del desarrollo respaldan la hipótesis de que la propiocepción interviene en comprender a otras personas a través de la sintonía intercorporal (11). Pruebas científicas derivadas de estudios de neuroimágenes también parecen corroborar este punto de vista: las neuronas en espejo son una serie de neuronas visuomotoras de la corteza premotriz de los primates que

se supone constituyen el sustrato neurofisiológico para la intersubjetividad como intercorporalidad. Las neuronas en espejo se activan cuando el yo realiza una determinada acción y cuando, si la realiza otro individuo, simplemente es observada, y como tal intervienen en la comprensión de la acción: se asigna significado a una acción observada al hacerla concordar en los mismos circuitos neuronales que pueden generarla (12, 13).

CENESTESIA

La cenestesia es el término por el cual los psicopatólogos, y en ocasiones los filósofos, hablan de la percepción interna del propio cuerpo, en tanto que la cinestopatía designa las sensaciones corporales anormales. Las dos son temas muy descuidados en la psicopatología contemporánea tradicional, pero han representado un tema fundamental en la psiquiatría francesa y alemana del siglo 19 y de principios del Siglo XX. El historiador Starobinski (14) habla en el siglo pasado de un «imperialismo de la cenestesia». Fue Greek en 1974 quien acuñó este término, indicando «los medios por los cuales el alma se informa del estado de su cuerpo». La cenestesia (derivada del griego *koiné aesthesis*, sensación común) se define como la experiencia global en la cual se sintetizan todas las sensaciones corporales simples, el cruce de caminos de toda la sensibilidad en la cual se fundamenta la conciencia, incluida la sensación de existencia, de ser un yo y de estar separado del mundo externo. Las afectaciones de la cenestesia son, sobre todo para los psicopatólogos franceses de principios del Siglo XX, el origen de las psicosis. Por ejemplo, Dide y Giraud (15) consideraban que la hebefrenia se caracteriza por la alteración específica de los sistemas nerviosos centrales que dirigen a la síntesis cenestésica y cinestésica y a la actividad vital instintiva. La atimormia —el trastorno global del instinto (hormé)— se considera «la fuente de los delirios» ya que los delirios supuestamente son trastornos de la “actividad psíquica primordial”, complicada y encubierta por las superestructuras intelectuales y afectivas del pensamiento humano (16).

En un tenor muy diferente, Huber (17) definió como el cuarto subtipo de esquizofrenia —junto a las formas paranoide, catatónica y hebefrénica simple— a un síndrome clínico conocido como esquizofrenia cenestésica caracterizado por sensaciones corporales anormales. Estos son trastornos del cuerpo vivido, dolorosos y extraños, que ocurren bruscamente, y a menudo se desplazan de un órgano o zona corporal a otro. Son ejemplos típicos las sensaciones de extrañeza, o de entumecimiento, o la inexistencia de partes del propio cuerpo, sensaciones de parálisis, pesadez y de liviandad anormal, de retracción o expansión, de movimiento o tracción, etc. Estas sensaciones corporales anómalas pueden originar síntomas psicóticos, como delirios hipocondríacos y delirios más típicos de ser controlado. Sass (18) observó que estas sensaciones corporales no son anormales en sí, sino que notablemente similares a las comunicadas por sujetos normales que adoptan una postura introspectiva desprendida hacia sus cuerpos. Las cenestopatías esquizofrénicas son sensaciones corporales normales que siempre están presentes, aun cuando por lo general no les prestamos atención; lo que es anormal es la forma en que las personas esquizofrénicas les prestan atención —son anormales puesto que son «vivas en la condición perfectamente anormal

del reconocimiento hiperreflexivo y la autoafección reducida» (17). El resultado final es que se experimenta una distancia creciente entre la subjetividad y la experiencia corporal.

Otros investigadores observaron que las cenestesiopatías esquizofrénicas típicamente son casi inefables. Huber (17) observó que una característica clave de las disestesias corporales esquizofrénicas es que dificultan la capacidad ordinaria para su representación lingüística: en nuestro lenguaje, se carece por completo de las posibilidades expresivas y de las categorías adecuadas concernientes a estas sensaciones corporales singulares. La cuestión de las relaciones entre las sensaciones corporales anormales y el lenguaje tiene una larga tradición. Blondel (19), un precursor en este campo, postuló que las cenestesiopatías se presentan cuando la mente no puede categorizar las sensaciones corporales, es decir, expresarlas a través del sistema impersonal del discurso socializado. Ey (20) hizo notar que las alucinaciones corporales brotan cuando el sujeto no puede expresar lingüísticamente una sensación corporal. Para Ey, la expresión de las sensaciones corporales siempre necesita una metáfora. Alucinar, en el campo de este sentido singular, es percibir el propio cuerpo de manera completa o parcial como un objeto o una entidad viviente fuera de sí mismo, es decir, como un objeto transformado precisamente por la imposibilidad de la expresión metafórica.

ESQUIZOFRENIA E INCORPOREIDAD

La característica esencial de la existencia esquizofrénica es su ser incorpóreo. Ésta es la característica que unifica las dimensiones diversas de la existencia esquizofrénica. La incorporeidad del yo, de la relación yo-objeto y de las relaciones interpersonales, todo lleva de nuevo a una dimensión en la cual la persona esquizofrénica vive y se comporta como un cuerpo sin alma o como un espíritu incorpóreo (21, 22).

Incorporeidad del yo

La crisis de la ipseidad es la expresión más clara de la forma que asume la existencia esquizofrénica como un cuerpo desanimado (es decir, un cuerpo desprovisto de la posibilidad de vivir experiencias personales —percepciones, pensamientos, emociones— como *propias*) y también como un espíritu incorpóreo (es decir, como una especie de entidad abstracta que contempla su propia existencia desde afuera —una perspectiva de una tercera persona, una perspectiva desde la nada). Como un cuerpo desanimado, la persona esquizofrénica experimenta una sensación específica de *pérdida de la presencia*. En los casos más leves, se siente separado de sí mismo y de sus acciones y de sus experiencias. El velo entre la mente y el cuerpo parece haberse desgarrado. En los casos más graves, se describe a sí mismo como vacío, hueco: «No hay nada dentro del cuerpo; es sólo un marco», «en mi pecho no hay nada, sólo un gran agujero» (23). La vaciedad se manifiesta a sí misma en movimientos, como la falta de contacto entre las diversas partes del cuerpo: «Cuando me muevo parezco perder algo, como si todo mi cuerpo me estuviese abandonando. La columna vertebral o algo pasa invisiblemente a través de la carne» (23). Los órganos pierden su masa y con esto, su capacidad para tener un enlace recíproco que hace las veces de una fuerza que los une. Este estado se caracteriza por una mecanización total del cuerpo: «Tengo la bendición de tener una vejiga que se vacía y

que puedo activar y desactivar y un eliminador anal». Se sienten como réplicas mecánicas de organismos vivientes: «Soy una psicomáquina» —dice un paciente de Kimura (24). Estas experiencias y expresiones deben tomarse literalmente y no de manera metafórica.

Otra manera en que la persona esquizofrénica experimenta su propio cuerpo es la de un espíritu separado del cuerpo o incorpóreo, una conciencia puramente teórica. Viven como meros espectadores de sus propias percepciones, acciones y pensamientos: «El mundo es una ilusión porque es visto a través de un cerebro», «Si la mente está vacía funciona como un maquinador o una cámara». Este dualismo radical entre un sujeto que está pensando y un objeto que es concebido en su exterioridad amplia, pura y simple —pura conciencia y pura materialidad— constituye el fenómeno fundamental de las anomalías esquizofrénicas del auto-reconocimiento como un ente corpóreo.

Incorporeidad de las relaciones yo-objeto

La crisis global de lo corpóreo implica anomalías de las relaciones yo-objeto y del investimento de significado. Si mi participación en el mundo basada en mi cuerpo está desconectada, mi *asimiento* de la realidad externa también desaparecerá. Los objetos en el mundo no se relacionarán de inmediato con mi cuerpo como utensilios existencialmente relativos. Se vuelven no utilizables y parecen desprovistos de significados prácticos. Hay una pérdida de los *significados listos para utilizarse* que se otorgan a las cosas externas, lo cual ocurre paradigmáticamente en la perplejidad predelirante. Aquí la expresión «listos para utilizarse» debe tomarse literalmente, no de manera metafórica: puesto que las cosas no se pueden *asirse*, parecen *desprovistas de su propio significado ordinario*, es decir, la forma en que uno suele utilizarlas (25). Emergen nuevos significados (como en las percepciones delirantes) que no son significados prácticos en el sentido ordinario, es decir, equipados con supervivencia y vida ordinaria basada en impulsos; más bien, están provistos de preocupaciones idiosincrásicas que se originan en un transfondo de parcialidad ontológica y constitución anormal de la intersubjetividad. La búsqueda de la identidad personal y del propio lugar en el mundo y los problemas metafísicos suelen brindar una nueva y peculiar clase de representación en la relación yo-mundo incorpórea del esquizofrénico. Por ejemplo, un paciente descrito por K. Schneider (26) puede considerar a un perro que levanta sus patas enfrente de él como una «verdadera revelación». Lo que aparece en las percepciones delirantes es un detalle perceptivo que habla a la persona y al hacerlo revela una nueva comprensión del mundo o una nueva identidad que es más profunda y más personal (27). Un ejemplo emblemático de la representación metafísica es el siguiente: una persona esquizofrénica dice que, cuando se sienta en el teatro, no está enfocando su atención a lo que ocurre en el escenario, ya que no puede evitar pensar lo que está ocurriendo detrás del escenario, lo que «hace posible la escena». Se adquiere una perspectiva inusual de la realidad externa y emergen nuevos significados (la búsqueda de lo que es real frente a lo irreal) (22).

Una característica adicional de la incorporeidad es la inclinación de la cognición esquizofrénica a la abstracción: las palabras escapan a la situación a la cual se refieren y al significado que adoptan de acuerdo con el contexto en el cual son utilizadas.

Las palabras también se vuelven incorpóreas y desubicadas y adquieren una existencia por sí mismas. En sí pueden adoptar una existencia semejante a los objetos, indistinguible de los objetos «reales» (éstos también incorpóreos y por tanto más similares a los conceptos y a las representaciones que los objetos materiales). Las palabras ya no se utilizan para compartir un mundo, sino para crear uno alternativo, o un mundo en sí mismo. Por tanto, las palabras y los objetos pueden volverse intercambiables: paradigmáticamente, las metáforas se vuelven cosas concretas; la catacrexis (expresión concreta) de las indirectas de las metáforas abren las puertas a los delirios.

Incorporeidad de la intersubjetividad

En las relaciones entre los trastornos de la autoconciencia corpórea y la intersubjetividad-intercorporalidad, podemos reconocer una relación circular. La estructuración defectuosa del yo, sobre todo a través de los fenómenos de la despersonalización somatofísica (trastornos de la percepción corporal) y la despersonalización autopsíquica (separación de las propias emociones y pensamientos), suele convertirse en un obstáculo a la sintonía intercorpórea entre el yo y las otras personas. El autismo esquizofrénico puede derivarse de la incapacidad para entrar en armonía emocional con otros y reconoce como motivo principal una cualidad diferente del desempeño corporal.

El autismo esquizofrénico refleja la fragilidad general fundamental de sí mismo, que es una parcialidad fundamental, lo que produce relaciones problemáticas, encuentros y confrontaciones con los otros. La separación del mundo social parece derivarse de la falta de su estructura fundamental, de este contexto ontológico, necesario y de hecho decisivo para ser un yo y por tanto participar en la dialéctica del yo/otro yo de las relaciones sociales. Al analizar esto desde la perspectiva opuesta, es decir, desde la dimensión interpersonal de la ontogénesis de la consciencia, un trastorno de las relaciones tempranas puede perjudicar considerablemente el proceso de maduración del autorreconocimiento corpóreo integral.

La crisis de sintonía transmite esta perspectiva de la tercera persona al mundo interpersonal. Este mundo social pierde su característica como una red de relaciones entre cuerpos movidos por emociones, y se convierte en un juego frío e incomprensible, del cual se siente excluida la persona esquizofrénica y cuyo significado es buscado a través del descubrimiento de algoritmos abstractos, la explicación detallada de las reglas impersonales.

World Psychiatry 2009;8:56-59

Bibliografía

1. Henry M. Philosophie et phénoménologie du corps. Paris: Presse Universitaire de France, 1965.

2. Gallagher S. How the body shapes the mind. London: Clarendon Press, 2005.
3. Merleau-Ponty M. Phénoménologie de la perception. Paris: Gallimard, 1945.
4. Rochat P. The infant's world. Cambridge: Harvard University Press, 2001.
5. Husserl E. Ideen zu einer reinen Phaenomenologie und phaenomenologische Philosophie. II. Phaenomenologische Untersuchungen zur Konstitution. Den Haag: Nijhoff, 1912-1915.
6. Sheets-Johnstone M. The primacy of movement. Amsterdam: Benjamins, 1999.
7. Varela FJ, Thompson E, Rosch E. The embodied mind. Cambridge: MIT Press, 1991.
8. Clark A. Being there. putting brain, body, and world together again. Cambridge: MIT Press, 1997.
9. Heidegger M. Sein und Zeit. Halle: Niemeyer, 1927.
10. Dillon MC. Merleau-Ponty's ontology. Evanston: Northwestern University Press, 1997.
11. Stern DN. The interpersonal world of the infant. New York: Basic Books, 2000.
12. Gallese V, Goldman A. Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. Trends Cogn Sci 1998;2:493-501.
13. Arbib MA. Other faces in the mirror: a perspective on schizophrenia. World Psychiatry 2007;6:75-8.
14. Starobinski J. A short history of bodily sensations. Psychol Med 1990;20:23-33.
15. Dide M, Guiraud P. Psychiatrie du médecin praticien. Paris: Masson, 1929.
16. Guiraud P. Psychopathologie des délires. Rapport du I.er Congrès Mondial de Psychiatrie, Paris, 1950.
17. Huber G. Die coenaesthetische Schizophrenie. Fortschr Neurol Psychiatrie 1957;25:491-520.
18. Sass LA. Schizophrenia, self-experience, and so-called 'negative symptoms'. In: Zahavi D (ed). Exploring the Self. Amsterdam: Benjamins, 2000:149-82.
19. Blondel C. La conscience morbide. Paris: Alcan, 1914.
20. Ey H. Traité des hallucinations. Paris: Masson, 1973.
21. Stanghellini G, Ballerini M. Dis-sociality: the phenomenological approach to social dysfunction in schizophrenia. World Psychiatry 2002;1:102-6.
22. Stanghellini G, Ballerini M. Autism – disembodied existence. Philosophy, Psychiatry, & Psychology 2004;11:259-68.
23. Angyal A. The experience of the body-self in schizophrenia. Arch Neurol Psychiatry 1936;35:1029-59.
24. Kimura B. Cogito and I: a biological approach. Philosophy, Psychiatry, & Psychology 1997;8:331-8.
25. Stanghellini G. Schizophrenic consciousness, spiritual experience, and the borders between things, images, and words. Transcultural Psychiatry 2005;42:610-29.
26. Schneider K. Klinische Psychopathologie. Stuttgart: Thieme, 1967.
27. Blankenburg W. Ansätze zu einer Psychopathologie des "common sense". Confinia Psychiatrica 1965;12:144-63.
28. Stanghellini G, Ballerini M. Values in persons with schizophrenia. Schizophr Bull 2008;33:131-41.

Carta al editor

La hospitalización en una sala de psiquiatría es una experiencia compleja que exige a los pacientes hacer frente a nuevas situaciones e interactuar con personas previamente no conocidas, como los miembros del personal y los pacientes compañeros. La convivencia 24 horas al día en una sala y el participar en las intervenciones terapéuticas de grupo facilita una atmósfera en la que los pacientes pueden discutir sus problemas y en ocasiones establecer relaciones muy íntimas. El contacto con los compañeros del sistema de salud mental probablemente brinda las oportunidades para ventilar emociones, para el confortamiento y la aprobación social, la solución de problemas y para poner a prueba la realidad (1).

La cuestión de las relaciones sexuales entre los pacientes psiquiátricos internos es más problemática. Aunque un 75% de las relaciones sexuales en las salas de pacientes agudos son por consentimiento recíproco (2), surgen dilemas en torno a los derechos de los pacientes, los trastornos mentales, las tendencias suicidas, la impulsividad, las normas culturales, familiares y sociales. La situación se vuelve más compleja cuando los pacientes involucrados tienen cónyuges, provienen de diferentes antecedentes étnicos o afrontan la adversidad a consecuencia de rivalidades políticas entre dos etnias.

En la presente carta informamos sobre el caso problemático de una relación emocional que se estableció entre un joven con esquizofrenia y una joven con un trastorno de personalidad límite, ambos de diferentes antecedentes étnicos.

El señor P es un israelí judío de 21 años de edad con un diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-IV. Mientras se encontraba en una sala psiquiátrica abierta, conoció a una mujer israelí árabe de 20 años de edad y se involucraron profundamente en una relación emocional. El proceso de la relación fue muy espectacular e inestable, en parte por la fuerte oposición de las familias de los dos. El personal del hospital afrontó el impacto de esta situación sobre el estado mental de P, incluidos los pensamientos suicidas, los planes de boda y la resistencia al alta. Los programas de rehabilitación no progresaron dada la falta de cooperación. Las circunstancias emocionales problemáticas de la relación interfirieron en sus posibilidades de lograr una remisión completa. Estaba muy tenso y en determinado momento fue transferido a una sala aislada luego que manifestó una conducta agresiva tras un altercado con su novia. Cuando mejoró su estado mental fue dado de alta, pero se rehusó a participar en cualquier programa de rehabilitación social. Una vez más, fue ingresado a la sala a consecuencia de sus informes de «pensamientos suicidas». Resultó claro que regresó para estar con su novia en el único lugar donde podían estar juntos sin el temor a las reacciones de sus familias.

La señorita M es una mujer árabe israelí de 20 años de edad. Fue ingresada en la misma sala psiquiátrica abierta que el Sr. P a causa de depresión y de pensamientos suicidas. Su conducta en la sala se caracterizaba por labilidad emocional, ansiedad,

un tipo de relaciones dramáticas e inestables y episodios psicóticos breves. Se le diagnosticó un trastorno límite de la personalidad.

Después de su primera alta, fue reingresada varias veces, en virtud de las confrontaciones violentas con su familia, en parte a causa de su resistencia a comportarse de acuerdo con las normas sociales árabes. La situación se volvió más complicada dada su relación romántica con el Sr. P. La señorita M no quería regresar a su hogar, ni siquiera en los fines de semana, y constantemente se involucraba en su relación con el Sr. P. La violencia en el hogar se había acentuado, de manera que el personal del departamento decidió que la rehabilitación de la señorita M debía llevarse a cabo fuera de su hogar. Sin embargo, M no cooperó, su familia claramente se oponía a este programa y al final después de nueve meses regresó a su casa.

La relación entre los dos pacientes tuvo varias complicaciones para el tratamiento de cada uno como individuo y también para la asistencia por parte del personal profesional.

Considerando el hecho de que el Sr. P tiene esquizofrenia, un trastorno que suele asociarse a sentimientos de soledad y aislamiento, su relación emocional y sexual con la señorita M puede indicar un cierto grado de éxito. Sin embargo, estaba tan involucrado con M que perdió toda motivación para participar en los programas de rehabilitación y en las actividades terapéuticas que no la incluyesen a ella. En sus sesiones de psicoterapia, no hablaba de nada que no fuese acerca de su novia. Su humor era muy inestable y sus respuestas a diversas situaciones en la relación eran imprevisibles.

Aunque P y M no tuvieron contacto sexual en la sala, el personal sospechaba que seguramente encontraban lugares discretos para estar juntos. Cuando las familias ejercieron presión a la pareja para que rompieran con la relación, P comunicó pensamientos suicidas.

Durante la prolongada hospitalización de P, el personal tuvo que reestructurar las metas de su tratamiento. El estado mental de P no mejoraba. Aunque no se encontraba en un estado psicótico, se rehusaba a participar en ergoterapia y en grupos terapéuticos y mostró un deterioro funcional. El personal afrontó el dilema de respetar los derechos de P pero al mismo tiempo protegerlo de convertirse en una víctima de algún grado de maltrato emocional por parte de M. Las decisiones en torno al alta se complicaron, por cuanto fuera de la sala el paciente sentía que no tenía nada y comunicaba que se sentía vivo únicamente en la sala con M. Además, la familia de M amenazó con matarlo a él y a su familia si no terminaba con la relación.

M es una mujer musulmana árabe joven. Actuó en contra de las normas sociales y religiosas de su sociedad, provocando la ira en sus padres, aun al grado de amenazas de muerte. En la sala psiquiátrica se sentía muy liberada y era muy popular entre los pacientes jóvenes. El personal se preguntaba si no estaba manipulando los sentimientos de P, utilizándolo como

un arma contra su familia, o recurriendo a su trastorno para escapar de la vida en su hogar que experimentaba como opresiva. En su caso era muy difícil establecer las metas del tratamiento, hacer frente a sus ideas suicidas y manejar en forma apropiada sus interacciones con su familia.

Después de varios meses de intentar definir los objetivos del tratamiento de cada paciente, P fue dado de alta y siguió visitando a M. Hasta donde sabemos, están tratando de mantenerse en contacto, pese a las grandes dificultades.

Valoramos los estados mentales de los dos pacientes que participaron en la relación emocional, sobre todo los juicios de realidad en torno a la relación y sus consecuencias. Concluimos que los dos individuos decidieron continuar con su relación ejercitando su libre voluntad, con una plena comprensión de la complejidad de la situación a causa de la oposición de las familias y de las adversidades políticas.

Decidimos respetar la autonomía de los pacientes y no perturbar el proceso de su relación. No obstante, con el consentimiento de los dos pacientes, reunimos a las familias y les comunicamos nuestra posición y la importancia de respetar los derechos de ambos. Considerando el estado del paciente P, por primera vez en su vida, sentía que estaba enamorado y que era correspondido en su amor por M. Por su parte, M, recibía amor y empatía de P, lo cual puede haber sido un tipo de experiencia correctiva, después de ser un niño descuidado y maltratado. El personal terapéutico concluyó que la prohibición de la relación dañaría el estado mental de los dos pacientes.

En nuestra opinión, los principales aspectos que deben evaluarse, cuando el personal está lidiando con relaciones emocionales entre los pacientes psiquiátricos internos, están contemplados en los principios de ética en medicina de Georgetown (3), a saber: beneficiar el estado del paciente; primero que nada

no infligir daño (no maleficencia; *primum non nocere*); respetar la autonomía del paciente; mantener el principio de justicia en situaciones de conflicto entre los beneficios para el individuo y la sociedad.

La evaluación del criterio del paciente es esencial para respetar la autonomía y para proteger a los enfermos que corren el riesgo de ser objeto de maltrato por otros. El personal debe tener presente no evaluar y juzgar las situaciones conforme a sus propias normas culturales. El personal también puede considerar obtener asesoría del comité de ética del hospital, incluso sobre los aspectos legales de la situación.

Todo caso de relaciones emocionales entre los pacientes en una sala de enfermos agudos exige una valoración individual, teniendo en cuenta los principios de ética médica de Georgetown y la importancia de una alianza terapéutica satisfactoria con el personal que trata a cada uno de los pacientes.

Patricia Zipris, Adiel Doron

Lev-Hasharon Mental Health Center, P.O.B. 90000,

Netanya 42100, Israel,

affiliated to Sackler Faculty of Medicine,

Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel

Bibliografía

1. Thomas SP, Shattell M, Martin T. What's therapeutic about the therapeutic milieu? *Arch Psychiatr Nurs* 2002;16:99-107.
2. Keitner GI, Baldwin LM, Kendall MJ. Copatient relationships on a short-term psychiatric unit. *Hosp Commun Psychiatry* 1986;37:166-70.
3. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*, 5th ed. New York: Oxford University Press, 2001.

Asamblea General de la WPA en Praga y la nueva dirección de la WPA

La Asamblea General de la WPA tuvo lugar en Praga el 22 de septiembre de 2008 dentro del decimocuarto Congreso Mundial de Psiquiatría.

La Asamblea aprobó de manera unánime la admisión de cinco nuevas Asociaciones Asociadas: la Asociación Psiquiátrica Jamaicana; la Asociación Psiquiátrica Montenegrina; la Asociación Libia de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía; la Asociación Psiquiátrica Saudí y la Asociación de Psiquiatras de Nepal. Las Asociaciones Asociadas de la WPA en la actualidad son 134: 28 en América; 62 en Europa; 23 en África y el Oriente Medio; y 21 en Asia y Oceanía.

El Plan de Acción de la WPA para 2008-2011 fue aprobado de manera unánime. Las metas institucionales de la asociación durante el trienio serán las siguientes: 1. Mejorar la imagen de la psiquiatría en todo el mundo ante el público general, los profesionales sanitarios y las autoridades sanitarias. 2. Colaborar con las Asociaciones Asociadas en su empeño por mejorar la calidad de la asistencia, la educación y la investigación en materia de salud mental en sus países y regiones, y en sus intentos por mejorar su propia estructura, gobierno y capacidad organizadora. 3. Promover la difusión de información sobre los recientes avances clínicos, de servicios e investigación de tal forma que puedan asimilarlos los psiquiatras de todas las regiones del mundo. 4. Promover el desarrollo profesional de los psiquiatras jóvenes en todo el mundo. 5. Promover el desarrollo de la asistencia a la salud mental en los países de escasos ingresos y su integración en la asistencia primaria. 6. Fomentar la participación de los psiquiatras de todas las regiones del mundo en el diálogo internacional sobre aspectos clínicos, de servicios e investigación. 7. Promover normas éticas de excelencia en el ejercicio de la psiquiatría y defender los derechos de las personas con trastornos mentales en todas las regiones del mundo. 8. Fomentar el establecimiento de redes de científicos que realicen investigaciones colaborativas en el campo de la salud mental. 9. Aumentar el protagonismo y la credibilidad de

la Asociación a un nivel internacional. 10. Consolidar una asociación sólida y transparente a largo plazo con posibles donadores.

Como resultado de las elecciones que tuvieron lugar durante la Asamblea General, el nuevo Comité Ejecutivo de la WPA quedó integrado de la manera siguiente:

Presidente: Mario Maj (Italia)

Presidente-Electo: Pedro Ruiz (EE.UU.)

Secretario-General: Levent Küey (Turquía)

Secretario de Finanzas: Tsuyoshi Akiyama (Japón)

Secretario de Congresos: Tarek Okasha (Egipto)

Secretario de Educación: Allan Tasman (EE.UU.)

Secretaria de Publicaciones: Helen Herrman (Australia)

Secretario de Secciones: Miguel Jorge (Brasil)

El nuevo Consejo de la Asociación está integrado de la manera siguiente:

Zona 1 (Canadá): Raymond Tempier (Canadá)

Zona 2 (EE.UU.): Michelle B. Riba (EE.UU.)

Zona 3 (México, Centroamérica y El Caribe): Mauricio Sánchez (Nicaragua)

Zona 4 (Norte de Sudamérica): Fabrizio Delgado (Ecuador)

Zona 5 (Sur de Sudamérica): Luis Risco (Chile)

Zona 6 (Europa Occidental): Linda Gask (Reino Unido)

Zona 7 (Europa del Norte): Henrik Wahlberg (Suecia)

Zona 8 (Europa del Sur): Miguel Roca Bennasar (España)

Zona 9 (Europa Central): Dusica Lecic-Tosevski (Serbia)

Zona 10 (Europa Oriental): Armen Soghoyan (Armenia)

Zona 11 (África del Norte): Driss Mousaoui (Marruecos)

Zona 12 (Medio Oriente): Charles Baddoura (Líbano)

Zona 13 (África Central y Occidental): Joseph Adeyemi (Nigeria)

Zona 14 (África Oriental y África del Sur): Solomon Rataemane (Sudáfrica)

Zona 15 (Asia Central y Occidental): S. Ahmad Jalili (Irán)

Zona 16 (Asia del Sur): E. Mohandas (India)

Zona 17 (Asia Oriental): Naotaka Shinfuku (Japón)

Zona 18 (Indonesia y Pacífico Sur): Julian Freidin (Australia)

Congreso Internacional de la WPA «Tratamientos en Psiquiatría: una Nueva Actualización» (Florencia, 1- 4 de abril de 2009)

El Congreso Internacional de la WPA «Tratamientos en Psiquiatría: una Nueva Actualización» tendrá lugar en Florencia, Italia del 1 al 4 de abril de 2009. Será la continuación del Congreso Internacional de la WPA de 2004 «Tratamiento en psiquiatría; una actualización», que fue el segundo que más asistencia tuvo de todos los congresos de psiquiatría

en todo el mundo en ese año, habiendo asistido casi 7.000 participantes. En esta ocasión se espera la participación de más de 8.000.

El Congreso pretende proporcionar un panorama general exhaustivo y de gran calidad de todos los tratamientos basados en evidencias actualmente disponibles para todos los trastornos

mentales. Muchos de los expertos más renombrados en los diversos campos de tratamiento figuran entre los conferencistas.

El Congreso consistirá en los siguientes componentes: a) Conferencias de los científicos más citados ESI (presentadas por los científicos cuyos artículos en los últimos 10 años tuvieron el mayor número total de citas en las revistas científicas catalogadas de psiquiatría y psicología, de acuerdo con los Indicadores Esenciales de la Ciencia -ESI-); b) Conferencias de Actualización (que proporcionan una actualización exhaustiva sobre algunos de los aspectos más importantes de los tratamientos actuales en psiquiatría); c) Simposios de Actualización (enfocados a cuestiones de tratamiento específicos, con una interacción activa entre conferencistas y participantes); d) Cursos Avanzados (en los cuales un experto renombrado interactuará con no más de 50 participantes); e) Simposios Normales (simposios de gran calidad seleccionados de entre los enviados hasta el 30 de abril de 2008); f) Reuniones de Trabajo (sesiones de gran calidad en las que se abordarán aspectos terapéuticos muy específicos, seleccionados entre los remitidos hasta el 30 de abril de 2008); g) Simposios o Reuniones de Trabajo por Secciones y Zonas (organizados por las Secciones o Zonas Científicas de la WPA); h) Sesiones sobre Nuevas Investigaciones; i) Presentación de Carteles.

A continuación se presenta una lista de las Conferencias de los Científicos Más Citados en los ESI, las Conferencias de Actualización, los Simposios de Actualización y los Cursos Avanzados. El programa final del Congreso está disponible en la página Web www.wpa-2009florence.org.

Conferencias de los Científicos más Citados en los ESI

TL1. *R.C. Kessler* – La brecha de tratamiento en psiquiatría

TL2. *K.S. Kendler* – Genética psiquiátrica: una perspectiva actual

TL3. *H.S. Akiskal* – Bipolaridad: un amplio espectro (espectros) en la investigación del tratamiento

TL4. *S. McElroy* – Farmacoterapia del trastorno por alimentación compulsiva

TL5. *M. Rutter* – Causas ambientales del trastorno mental

TL6. *R.M. Murray* – Las causas de la esquizofrenia: el striatum y la calle

TL7. *M.E. Thase* – Tratamiento de la depresión a largo plazo: el papel de la farmacoterapia y de la psicoterapia

TL8. *P.E. Keck* – ¿Qué es un estabilizador afectivo?

TL9. *D.J. Kupfer* – Carga médica en el trastorno bipolar

TL10. *A.J. Rush* – Obtención de la evidencia para la asistencia de la depresión basada en evidencia: cómo reducir la brecha de conocimientos

Conferencias de Actualización

UL1. *R.J. Baldessarini* – Trastornos, síndromes, dianas sintomáticas: ¿cómo seleccionamos los medicamentos?

UL2. *P. Fonagy* – Psicoterapias: ¿qué funciona en quién?

UL3. *K.W.M. Fulford* – Ejercicio basado en valores y diagnóstico psiquiátrico: integración de los valores y la evidencia en la normatividad, la capacitación y la investigación

UL4. *S.G. Resnick* – Recuperación y psicología positiva: ¿empirismo o actitud?

UL5. *G. Thornicroft* – Pasos, desafíos y errores que han de evitarse en el desarrollo de la atención a la salud mental de la población: un modelo basado en la experiencia

UL6. *P.D. McGorry* – Intervenciones iniciales en psiquiatría

UL7. *M.F. Green* – Mejora del desempeño cognitivo y del funcionamiento en la vida real en personas con esquizofrenia

UL8. *E. Vieta* – Tratamiento integral del trastorno bipolar basado en la evidencia

UL9. *R.E. Drake* – Tratamiento de pacientes con toxicomanía y trastornos mentales graves concomitantes

UL10. *M. Stone* – Tratamiento exhaustivo del trastorno límite de la personalidad en el ejercicio médico cotidiano

UL11. *W.W. Fleischhacker* – Eficacia comparativa, efectividad y rentabilidad de los antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia

UL12. *P.J. Weiden* – El arte y la ciencia de cambiar de medicamentos antipsicóticos

UL13. *G.A. Fava* – Estrategias de tratamiento combinadas y secuenciales en los trastornos por depresión y ansiedad

UL14. *K.A. Halmi* – Tratamiento multimodal de la anorexia y la bulimia nerviosa

Simposios de Actualización

US1. La ciencia y el ejercicio evolutivos de la rehabilitación psicosocial (*Coordinador: R. Warner*)

US2. Trastornos por ansiedad: de las dimensiones a los tratamientos dirigidos (*Coordinador: J. Zohar*)

US3. Avances de tratamiento en psiquiatría infantil (*Coordinador: J.L. Rapoport*)

US4. Pronóstico en los trastornos bipolares: nuevos hallazgos y datos metodológicos (*Coordinador: M. Tohen*)

US5. Tratamiento de síntomas somáticos médicamente inexplicables (*Coordinador: O. Gureje*)

US6. El futuro de las psicoterapias para las psicosis (*Coordinador: P. Bebbington*)

US7. Avances en el tratamiento de la depresión resistente al tratamiento (*Coordinador: S. Kasper*)

US8. ICD-11 y DSM-V: trabajo en evolución (*Coordinador: M. Maj*)

US9. Aspectos de los tratamientos psiquiátricos relacionados con el género sexual (*Coordinador: D. Stewart*)

US10. Prevención del suicidio: integración de las acciones de salud pública y clínica (*Coordinador: Z. Rihmer*)

US11. Estudios por imágenes del cerebro en psiquiatría: avances recientes e implicaciones clínicas (*Coordinador: L. Farde*)

US12. Avances en el tratamiento del trastorno bipolar resistente al tratamiento (*Coordinador: G.B. Cassano*)

US13. Asociaciones en la asistencia a la salud mental (*Coordinador: B. Saraceno*)

US14. Genómica y proteómica en psiquiatría: una actualización (*Coordinador: N. Craddock*)

US15. Pautas de colaboración entre los servicios de atención primaria y salud mental (*Coordinador: V. Patel*)

US16. Eficacia y costo-efectividad de tratamientos farmacológicos en psiquiatría: evidencia derivada de ensayos pragmáticos (*Coordinador: J. Lieberman*)

US17. Alteraciones cognitivas: ¿deberían ser parte de los criterios diagnósticos para la esquizofrenia? (*Coordinador: R. Keefe*)

US18. Aspectos culturales en la atención a la salud mental (*Coordinador: P. Ruiz*)

US19. Avances en el tratamiento de los trastornos psicóticos resistentes al tratamiento (*Coordinador: H.-J. Möller*)

US20. Violencia, traumatismo y victimización (*Coordinador: A. McFarlane*)

US21. El reto de la depresión bipolar (*Coordinador: J. Calabrese*)

US22. Dianas biológicas novedosas del tratamiento farmacológico en los trastornos mentales (*Coordinador: G. Racagni*)

US23. Fenotipos intermedios en psiquiatría (*Coordinador: D. Weinberger*)

US24. Tratamiento actual de los trastornos mentales en los ancianos (*Coordinador: C. Katona*)

US25. Prevención y estrategias de intervención temprana en el contexto de la salud mental de la población (*Coordinador: S. Saxena*)

US26. Tratamiento de la comorbilidad de las enfermedades mentales y físicas (*Coordinador: N. Sartorius*)

US27. Asistencia a la salud mental en países de escasos recursos (*Coordinador: P. Deva*)

US28. Prevención de la toxicomanía en todo el mundo (*Coordinador: M.E. Medina-Mora*)

Cursos Avanzados

AC1. Interacción con familias de personas con trastornos mentales graves (*Director: C. Barrowclough*)

AC2. Tratamiento del paciente suicida (*Director: D. Wasserman*)

AC3. La alianza terapéutica en el ejercicio de la psiquiatría (*Directores: A. Tasman, J. Kay*)

AC4. Tratamiento de los trastornos mentales durante el embarazo y el parto (*Director: I. Brockington*)

AC5. Cómo organizar un servicio de salud mental integral en la población (*Directores: G. Thornicroft, M. Tansella*)

AC6. Prevención y tratamiento del agotamiento en los profesionales de la salud mental (*Director: W. Rössler*)

AC7. Criterios de valoración en la esquizofrenia (*Director: R. Kahn*)

AC8. Valoración y entrenamiento de las funciones neurocognitivas en pacientes con psicosis crónicas (*Director: S. Galderisi*)

AC9. Psiquiatría de interconsulta y enlace: enseñanzas derivadas de la experiencia (*Director: F. Creed*)

AC10. Pertinencia de la psiquiatría fenomenológica en el ejercicio clínico (*Director: G. Stanghellini*)

AC11. El psiquiatra en el juzgado (*Director: J. Arboleda-Florez*)

AC12. Tratamiento del niño "difícil" (*Director: S. Tyano*)

AC13. El enfoque en la salud pública: lo que necesitan saber los psiquiatras (*Directores: H. Herrman, S. Saxena*)

AC14. Psicoterapia interpersonal de la depresión (*Director: T. Gruetert*)

