

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 8, Número 1



Abril 2010

EDITORIAL

- ¿Son los psiquiatras una especie en peligro de extinción? 1
M. MAJ

ARTÍCULOS ESPECIALES

- Los costes del estrés traumático a largo plazo:
consecuencias físicas y psicológicas entrelazadas 3
A.C. McFARLANE

- Tratamiento del trastorno límite de la personalidad
basado en la mentalización 11
A. BATEMAN, P. FONAGY

- La detección y el tratamiento de la depresión en el
paciente con enfermedades somáticas 16
D. GOLDBERG

FORUM: ¿SON LOS PSIQUIATRAS UNA ESPECIE EN PELIGRO DE EXTINCIÓN?

- ¿Son los psiquiatras una especie en peligro de
extinción? Observaciones sobre los retos internos
y externos que afronta la psiquiatría 21
H. KATSCHNIG

Comentarios

- ¿Se halla en crisis la psiquiatría? De nuevo a los
fundamentos 29
A. JABLENSKY

- Los pacientes deben poder obtener un beneficio
máximo de las aptitudes médicas y la amplia
formación de un psiquiatra 30
N. CRADDOCK, B. CRADDOCK

- Los años dorados de la psiquiatría están en el futuro 31
R. MUÑOZ

- Conexión de una separación cultural en la medicina:
¿Una participación de los psiquiatras? 32
S. HOLLINS

- La psiquiatría está viva y saludable 33
S.S. SHARFSTEIN

- Psiquiatría: una profesión especializada o una
especialidad de la medicina 34
F. LOLAS

- Medicina, afecto y servicios psiquiátricos 35
G. IKKOS, N. BOURAS, D. McQUEEN, P. ST. JOHN-SMITH

- La psiquiatría como una especialidad de la medicina:
retos y oportunidades 36
W. GAEBEL, J. ZIELASEK, H.-R. CLEVELAND

- Los psiquiatras prevalecerán 38
F. LIEH-MAK

- La psiquiatría y el psiquiatra tienen un gran futuro 39
D.M. NDETEI

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

- Hipomanía: una perspectiva transcultural 41
J. ANGST, T.D. MEYER, R. ADOLFSSON, P. SKEPPAR,
M. CARTA Y COLS.

- La prevalencia y las características de la psicosis no
afectiva en la Encuesta Nigeriana de Salud
y Bienestar Mental 50
O. GUREJE, O. OLOWOSEGUN, K. ADEBAYO, D.J. STEIN

INFORME DE SECCIÓN DE LA WPA

- Trastorno de la personalidad: una nueva perspectiva
global 56
P. TYRER, R. MULDER, M. CRAWFORD,
G. NEWTON-HOWES, E. SIMONSEN Y COLS.

CARTA AL EDITOR

- 61

NOTICIAS DE LA WPA

- El plan de acción del Consejo de Psiquiatras
Principiantes de la WPA para el 2010 62
A. FIORILLO, Z. LATTOVA, P. BRAHMBHATT,
H. EL KHOLY, F. PICON

- Congreso Regional de la WPA en Abuja, Nigeria,
del 22 al 24 de octubre de 2009 63
O. GUREJE

- Becas para investigación de la WPA 64

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 8, Número 1



Abril 2010

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. Córdoba (Colombia), R. González-Menéndez (Cuba), E. Jadresic (Chile), M. Jorge (Brasil), C. Leal (España), R. Montenegro (Argentina), N. Noya Tapia (Bolivia), A. Perales (Perú), M. Rondón (Perú), L. Salvador-Carulla (España)

Periodicidad: 3 números al año

Disponible en Internet: www.ArsXXI.com/WP

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

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



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

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) 932 722 904

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:

Depósito Legal: B-34.071-2003

Impreso en España

Reservados todos los derechos.

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

Traducido por Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., del original en lengua inglesa (Volumen 9, Número 1, 2010). 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 9, Number 1, 2010). 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 2ª 08008 Barcelona.

¿Son los psiquiatras una especie en peligro de extinción?

MARIO MAJ

Presidente, World Psychiatric Association

Puede ser verdad que los psiquiatras se están convirtiendo en una especie en peligro de extinción, como lo afirma el documento de Katschnig en la introducción al foro de este tema de la revista (1). Lo que debemos hacer es captar la esencia del problema y convertir un posible riesgo en una oportunidad para el crecimiento.

Hay en realidad diferentes orientaciones teóricas en psiquiatría, pero esto debería verse como un reflejo inevitable de la complejidad biopsicosocial de los trastornos psiquiátricos, que exige un enfoque biopsicosocial igualmente complejo. Otras profesiones cercanas pueden tener una identidad más clara y parecer menos divididas que nosotros, pero uno de los motivos de esto es que su visión y enfoque son más unilaterales y por tanto no son suficientes para abordar la complejidad biopsicosocial de los trastornos mentales. La existencia de los componentes biológicos, psicológicos y sociales en nuestra disciplina no es una debilidad, sino un indicio de su carácter integrador peculiar y debería percibirse, plantearse y promoverse como tal. En vez de denigrar y contender entre ellos, quienes proponen los diferentes enfoques deberían ver la sinergia y la fecundación interdisciplinaria. Bienvenida sea la dialéctica, pero el fanatismo destructivo debería proscribirse activamente (en vez de aplaudirse, como es de lamentar suele ser el caso).

Hay en efecto un debate continuo en psiquiatría sobre lo que es un trastorno, sobre la relación entre enfermedad y alteración funcional, sobre la importancia de los valores frente a la evidencia en el proceso diagnóstico (2-6). Sin embargo, no estoy convencido de que esta polémica sea un signo de debilidad del fundamento teórico de nuestra disciplina. Si fuese un internista, seguiría este debate con gran interés. La psiquiatría puede estar adelantándose a un debate que en lo futuro involucrará a la medicina como un todo.

Es verdad que los criterios diagnósticos para los trastornos mentales se modifican de tiempo en tiempo y que tenemos dos sistemas diagnósticos competitivos. Sin embargo, ¿está esto realmente trastocando los cimientos de nuestro ejercicio clínico? No lo creo. Yo no creo que los médicos en la actualidad estén desorientados con respecto a lo que es la esquizofrenia o la depresión, o que estén ávidos esperando una nueva edición de los dos sistemas diagnósticos para aprender lo que estas enfermedades son. Los principales conceptos diagnósticos en psiquiatría han demostrado una notable estabilidad en el curso de varios decenios: considerando que sólo son «acuerdos arbitrarios», se han desempeñado bastante bien (y muchos millares de pacientes se han beneficiado de su delimitación). Desde luego, esto no significa que estos conceptos no deban refinarse, y muchos médicos ciertamente dan por bienvenidas futuras oportunidades para hacer que su evaluación diagnóstica sea más articulada y personalizada (7-9) y les gustará atestiguar «el renacimiento de la psicopatología» al que en repetidas veces se ha exhortado en los últimos años (10,11).

Existe realmente un debate activo sobre la eficacia de los antipsicóticos y los antidepresivos (12). Es muy lamentable que este debate esté tan influenciado por conflictos de intereses económicos y no económicos (por un lado por los nexos económicos de algunos investigadores con las compañías farmacéuticas; por otra parte, por el prejuicio ideológico, que a veces raya en el fanatismo, de diversos individuos ajenos y propios de la especialidad). Pero sería ridículo contemplar siquiera la idea de que los antipsicóticos y los antidepresivos no funcionan, que sólo son un placebo. El fundamento empírico de su uso es muy sólido y este uso ha resistido la prueba del tiempo en un entorno que era del todo desfavorable. Se han modificado y se modificarán para bien muchos millares de vidas. Desde luego, si se utilizan en forma apropiada, como los especialistas bien capacitados en psiquiatría lo pueden hacer. Sin embargo, tenemos que crear un mecanismo que garantice que para cada nuevo antipsicótico o antidepresivo de aparición reciente, por lo menos se lleve a cabo un estudio por una entidad que sea independiente de la compañía farmacéutica que produce el fármaco. Sí, los psiquiatras estamos estigmatizados, principalmente a causa de nuestra imagen profesional previa. Lo que debemos hacer es refinar nuestra nueva imagen y promoverla. Muchos de nosotros los psiquiatras tratamos en forma competente una amplia gama de trastornos mentales que son muy frecuentes en la población. Brindamos nuestra asesoría en prisiones, en los lugares de trabajo, en las escuelas. Los colegas de otras disciplinas médicas nos piden asesoría con respecto a los problemas emocionales de sus pacientes. Interactuamos de manera constante con organismos de usuarios y cuidadores. Esta nueva realidad en nuestra profesión no es bien conocida y probablemente no se ha desarrollado en grado suficiente en varias regiones del mundo. Tenemos que construir esta nueva imagen y hacerla pública. Al mismo tiempo, debemos garantizar que el ejercicio psiquiátrico en todo el mundo se iguale con esta nueva imagen (13-16).

Me gusta el artículo de H. Katschnig, pero no comparto su pesimismo subyacente. Si la psiquiatría está en crisis, esta es, en mi opinión, una crisis de desarrollo. Nuestro futuro está en nuestras manos más que en las de nuestros pacientes o políticos. Dejemos de inculparnos y de contender entre nosotros y trabajemos en colaboración para mejorar la realidad y la imagen de nuestra profesión.

Bibliografía

1. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry* 2010;9:21-28.
2. Wakefield JC. The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry* 2007; 6:149-56.

3. Zisook S, Shear K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry* 2009;8:67-74.
4. Üstün B, Kennedy C. What is “functional impairment”? Disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry* 2009;8:82-5.
5. Fulford KWM, Broome M, Stanghellini G et al. Looking with both eyes open: fact and value in psychiatric diagnosis? *World Psychia-try* 2005;4:78-86.
6. Alarcón RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry* 2009;8:131-9.
7. Krueger RF, Bezdijan S. Enhancing research and treatment of mental disorders with dimensional concepts: toward DSM-V and ICD-11. *World Psychiatry* 2009;8:3-6.
8. Keefe RSE. Should cognitive impairment be included in the diagnostic criteria for schizophrenia? *World Psychiatry* 2008;7:22-8.
9. Mellsop G, Kumar S. An axis for risk management in classificatory systems as a contribution to efficient clinical practice. *World Psychiatry* 2008;7:182-4.
10. Maj M. Critique of the DSM-IV operational diagnostic criteria for schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998;172:458-60.
11. Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophr Bull* 2007;33:8-12.
12. Fleischhacker WW, Goodwin GM. Effectiveness as an outcome measure for treatment trials in psychiatry. *World Psychiatry* 2009; 8:23-7.
13. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008;7:129-30.
14. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2009;8:65-6.
15. Thornicroft G, Tansella M, Law A. Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. *World Psychiatry* 2008;7:87-92.
16. Bhugra D, Sivakumar K, Holsgrove G et al. What makes a good psychiatrist? A survey of clinical tutors responsible for psychiatric training in the UK and Eire. *World Psychiatry* 2009;8:119-20.

Los costes del estrés traumático a largo plazo: consecuencias físicas y psicológicas entrelazadas

ALEXANDER C. MCFARLANE

Centre for Military and Veterans' Health, University of Adelaide, Level 2/122 Frome Street, Adelaide, South Australia, 5000 Australia

El surgimiento gradual de síntomas subsiguientes a la exposición a incidentes traumáticos ha planteado un reto conceptual importante para la psiquiatría. El mecanismo que desencadena la escalada progresiva de síntomas con el paso del tiempo y que lleva a un retraso en la aparición del trastorno por estrés post-traumático (TEPT) conlleva el proceso de sensibilización y facilitación. El desarrollo de memorias traumáticas al momento de la exposición al estrés representa una vulnerabilidad importante a través de la detonación ambiental repetida de la pérdida creciente de la regulación de la neurobiología de un individuo. Un conjunto de datos cada vez mayor demuestra de qué manera el aumento de la carga alostática inherente al TEPT conlleva una morbilidad física notable que se manifiesta por dolor musculoesquelético crónico, hipertensión, hiperlipidemia, obesidad y enfermedades cardiovasculares. Esta bibliografía creciente señala que los efectos del estrés traumático deben abordarse como un reto ambiental importante que constituye un riesgo para la salud tanto física como psicológica del individuo. Esta perspectiva más amplia tiene repercusiones importantes para idear tratamientos destinados a resolver la pérdida de la regulación subyacente de la activación cortical y las anomalías neurohormonales consecutivas a la exposición al estrés traumático.

Palabras clave: trastorno por estrés postraumático, alostasis, facilitación, hipertensión, cardiopatía.

(World Psychiatry 2010; 9:3-10)

Uno de los retos más importantes en el campo del estrés traumático ha sido la observación de que muchos individuos que se adaptaron en el momento de su exposición traumática recaen en una fecha ulterior.

Esta observación planteó muchos retos en el contexto de la Primera Guerra Mundial y la Segunda Guerra Mundial pues las teorías psicopatológicas prevalentes en esa época no tenían una explicación clara de este fenómeno y llevaban a la estigmatización considerable de veteranos discapacitados (1). El surgimiento ulterior de la discapacidad en los veteranos se atribuía a una neurosis por compensación, un trastorno de la personalidad preexistente y sugestibilidad (2). Asimismo, con el florecimiento de la bibliografía sobre el estrés inherente a los sucesos de la vida generales, este tipo de morbilidad no era compatible con las perspectivas dominantes sobre los altos grados de malestar psicológico agudo que progresivamente se mitigaban con el tiempo (3, 4). La bibliografía sobre los acontecimientos mentales que llegó a su cenit en las décadas de 1960 y 1970 se enfocaba en emociones como la temporización actualizada y hacía hincapié en que en general había una oportunidad de aproximadamente seis meses, periodo después del cual el estrés relacionado con un acontecimiento vital podría desencadenar el inicio del trastorno (5). Se consideró que el trastorno por estrés postraumático (TEPT) de inicio tardío no era congruente con esta conclusión sobre el periodo de latencia del efecto de los acontecimientos vitales estresantes (6).

Uno de los aspectos principales ha sido de qué manera un modelo de psicopatología podría explicar esta latencia y esta repercusión retrasada de los sucesos adversos extremos. Los conceptos psicoanalíticos predominantes y la teoría del aprendizaje ulterior no brindaban fácilmente una respuesta a esta interrogante. Muchas observaciones importantes en el contexto de la bibliografía de la depresión no las ha adaptado fácilmente el campo del estrés postraumático hasta los vínculos recientes a través de las investigaciones en torno a la importancia del abuso del menor en la depresión (7).

En este documento se exploran la evidencia disponible sobre los efectos tardíos del estrés traumático y su carga acumulada so-

bre la salud psicológica y física. Se resume un modelo psicopatológico subyacente y se describen sus potenciales consecuencias para el tratamiento.

LA RELACIÓN ENTRE EL TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO Y EL TEPT

La relación entre los síntomas postraumáticos agudos y el surgimiento del TEPT es un problema de considerable importancia teórica y clínica. En la actualidad existe un conjunto importante de investigaciones que documentan que la mayoría de las personas que presentan TEPT al principio no cumplen con los criterios diagnósticos de un trastorno por estrés agudo (8). En cambio, la mayoría de los que tienen un trastorno por estrés agudo posiblemente mostrarán TEPT subsiguiente.

Diversos estudios longitudinales en víctimas de accidentes han demostrado que sólo con el paso del tiempo el grado de síntomas atraviesa un umbral suficiente para justificar un diagnóstico clínico (9-13). Se observó un fenómeno similar en un estudio de tropas estadounidenses con lesiones graves que fueron valoradas a un mes, cuatro meses y siete meses. Este estudio demostró que en un 78,8% de los que habían tenido un trastorno a los siete meses no se establecía un diagnóstico en un mes (14). En la valoración de poblaciones militares se ha observado que los síntomas aumentan en los primeros seis meses después de su manifestación y esto ha brindado un apoyo adicional al surgimiento tardío de este trastorno (15, 16). Las adversidades, los conflictos o las tensiones adicionales desempeñan un papel en el surgimiento tardío de la psicopatología (17). Por consiguiente, en un número importante de individuos, el TEPT es un trastorno que no se manifiesta inicialmente poco después del traumatismo. Más bien, hay una escalada progresiva de ansiedad o un surgimiento ulterior de síntomas, sobre todo en el personal militar y de servicio de urgencias. Un concepto relacionado es la aparición tardía del TEPT.

TEPT DE APARICIÓN TARDÍA

El TEPT de aparición tardía o retrasada se define en el DSM-IV (18) como un trastorno que cumple los criterios para el diagnóstico de TEPT y que se presenta después de un período de ajuste postraumático de un mínimo de seis meses durante el cual no se cumplían los criterios diagnósticos o se hallaban en una etapa subumbral (19). Desde una perspectiva teórica, es probable que estos individuos se las hayan arreglado para contener su ansiedad individual por medio de la adaptación, pero tensiones subsiguientes o la evolución natural de la neurobiología han llevado a la manifestación de los síntomas. En un análisis reciente se hizo hincapié en la confusión que ha surgido de diferentes definiciones de TEPT de aparición tardía (20). Por ejemplo, algunas de las interpretaciones diferentes del concepto son que un individuo que ha tenido síntomas subsindrómicos cruza después un umbral de gravedad clínica así como el individuo que ha estado asintomático y luego en un momento ulterior presentó el trastorno.

La existencia de esta forma tardía de TEPT resalta la importancia de cómo una experiencia traumática al parecer puede estar relativamente latente en un individuo y manifestarse más tarde en algún momento. Quedan sin respuesta muchas interrogantes con respecto a cuándo y cómo esta etapa subclínica se detona hacia un síndrome completamente declarado de TEPT. Sin embargo, cada vez más pruebas señalarían que los síntomas leves dejan al individuo con un riesgo de la activación progresiva bajo el efecto del estrés ambiental o la exposición traumática ulteriores.

Un concepto relacionado en la bibliografía sobre la depresión es de qué manera las personas que han tenido una remisión parcial después del tratamiento de un episodio de un trastorno depresivo mayor tienen un riesgo significativamente mayor de una recidiva adicional (21). Esta vulnerabilidad está relacionada con la sensibilidad de los individuos con síntomas depresivos residuales a los factores ambientales detonantes. Las estructuras neurales subyacentes que son sensibles a la activación son las mismas que se han identificado como pertinentes a la causa del TEPT. Por ejemplo, Ramel y cols. (22) resaltaron que la reactividad de la amígdala es un aspecto importante en las personas con un antecedente de depresión en contraste con las que no tienen tal antecedente. Estos resultados indicaron que la amígdala juega un papel esencial en la modulación de la memoria congruente con el estado de ánimo, sobre todo durante la provocación de estados mentales tristes en individuos que son vulnerables a la depresión.

En tales personas, el procesamiento cognitivo y neural de la información emocional potencialmente contribuye a la vulnerabilidad a las emociones negativas y a la instauración de episodios de depresión (23). De ahí que exista una bibliografía importante que documenta que los individuos que están sensibilizados por estados de labilidad emocional o sensibles corren el riesgo de una intensificación progresiva de los síntomas adicionales, sobre todo cuando éstos tienen una resonancia con su entorno. Por consiguiente, la presentación de un TEPT de aparición tardía no es un concepto singular en la psiquiatría.

Asimismo, Hedtke y cols. (24) demostraron un efecto acumulado de la exposición a la violencia interpersonal por lo que respecta al TEPT, la depresión y los problemas de toxicomanía.

El modelo de riesgo acumulado hace hincapié en la interacción constante entre la exposición previa al estrés y los sucesos vitales subsiguientes. La gravedad de las tensiones emocionales que son experimentadas antes y después de una exposición traumática tiene una repercusión significativa sobre la frecuencia y la gravedad del trastorno (25). De ahí que el TEPT de aparición tardía intervenga íntimamente en el hecho de que los individuos viven en un entorno dinámico en el cual los sucesos traumáticos y otras tensiones cotidianas interactúan y esto da por resultado la acumulación progresiva del riesgo.

Una interrogante relacionada es si una duración más prolongada de la exposición repetida al trauma en períodos definidos conlleva un riesgo más elevado de TEPT, una pregunta pertinente para los militares y la policía. El estudio reciente que realizaron Rona y cols. (26) en el Reino Unido proporciona los primeros datos fiables derivados de militares en los que se aborda esta cuestión y se señala que el riesgo de TEPT es más elevado en las unidades que han tenido despliegues más prolongados con menos tiempo de recuperarse entre los despliegues en el campo de batalla. Este estudio resalta la importancia de que el TEPT es un trastorno emergente en el que múltiples sucesos traumáticos aumentan progresivamente el riesgo de su presentación.

LA REPERCUSIÓN PERSISTENTE DE LA MEMORIA TRAUMÁTICA

El recuerdo repetido de sucesos traumáticos es un componente central de la respuesta fenomenológica a los sucesos traumáticos. Freud resaltaba la importancia de las memorias traumáticas en su primera conferencia con Breuer, señalando que éstas eran el “agente todavía operante” que desempeñaba un papel central en la aparición y el mantenimiento de los síntomas. Tiempo después, el modelado en muestras epidemiológicas ha destacado de qué manera las memorias traumáticas explican la relación existente entre la exposición a los sucesos traumáticos y los síntomas de hiperexcitabilidad y evitación (28).

La detonación de estas memorias también es una consecuencia de los mecanismos condicionantes del temor (29) y estos sirven para sustentar y para mantener y facilitar el aumento de la excitabilidad que es central a los síntomas de TEPT (30). El trastorno surge en virtud de que algunos individuos no pueden inactivar progresivamente la respuesta al estrés agudo, que siempre ocurre en momentos de exposición a tales acontecimientos. Desde una perspectiva de la teoría del aprendizaje, este proceso se observa como una falta de extinción o un nuevo aprendizaje en las secuelas del condicionamiento por el temor. Más bien, hay un aumento progresivo de la amplitud de la respuesta a los sucesos que desencadenan el recuerdo.

DETONACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN

Un componente principal de la sintomatología del TEPT es la reexperimentación o revivencia del recuerdo traumático, que tiene elementos de reactivación psicofisiológica y malestar psicológico. Una parte singular de este estado es la activación repetida del recuerdo traumático y la respuesta de estrés asociada con el riesgo concomitante del aumento progresivo de la reactividad del individuo (31). De hecho, se ha señalado que en el TEPT hay una falta de detención y extinción del temor con-

dicionado y que esto es una deficiencia adquirida en el trastorno (32). Al analizar la evidencia disponible, Rauch y sus colaboradores (33) han señalado que en el TEPT hay una respuesta excesiva de la amígdala que apunta la adquisición excesiva de las asociaciones al temor y la expresión de respuestas de temor. Una deficiencia correspondiente del funcionamiento cortical frontal desempeña un papel central en la extinción mediadora. Asimismo, hay un déficit de la apreciación del contexto de seguridad, que está relacionado con la función del hipocampo.

El mecanismo central es el proceso de sensibilización a los recuerdos sutiles de las memorias traumáticas y exposición a incidentes traumáticos previos y futuros. Este proceso de reactividad a señales menores, que a menudo pasa inadvertido, aumenta progresivamente y exacerba la reactividad de la persona disfuncional (34). Esto conduce a una interacción entre el malestar psicológico del individuo, la reactividad psicofisiológica y la respuesta neurohormonal en el momento del acontecimiento traumático. Al descubrir esta cuestión, es importante reconocer que algunos traumas en combate y en incidentes policíacos no son el equivalente a un solo incidente traumático como el sufrir un accidente en vehículo motorizado. El trabajo en combate y en el servicio de urgencias conlleva activaciones repetidas de los sistemas que intervienen en el temor y el estrés que luego son propensos a presentarse como una pérdida de la regulación futura con el tiempo.

Se ha observado que las personas que presentan TEPT tienen una evolución progresiva de la disfunción según se indicó antes (30). En forma progresiva, reaccionan a la presencia de amenazas potenciales con mayor amplitud o intensidad y finalmente presentan una hiperreactividad generalizada a una gama de estímulos en sus entornos civiles y militares que les recuerdan el incidente traumático. Este ciclo de reactividad creciente a una gama cada vez más amplia de señales en su entorno refuerza más la respuesta de malestar psicológico. Este patrón no es único del TEPT y en la depresión se ha resaltado que tiene una función decisiva en los episodios iniciales (35).

Elzinga y Bremner (36) han caracterizado más la función del sistema noradrenérgico en la mayor codificación de las memorias emocionales y el condicionamiento en el temor en individuos que desarrollan TEPT. La incapacidad de los mecanismos inhibidores de neurotransmisores normales que caracteriza a la respuesta al estrés al parecer es importante en la evolución de malestar psicológico del individuo hacia un trastorno por estrés postraumático o después del incidente de una manera declarada. Según Miller (37), el trauma infantil aumenta el riesgo psicopatológico en el adulto por el mismo proceso de sensibilización (7). Shalev (38) ha hecho hincapié en que este proceso también está íntimamente integrado en el contexto social y cultural de la persona. Señala que los incidentes traumáticos van seguidos de un “período crítico de aumento de la plasticidad cerebral, durante el que pueden ocurrir cambios neuronales irreversibles en quienes presentan TEPT”. También hace hincapié en la importancia de la cohesión de grupo, las desavenencias conyugales y las habilidades de liderazgo como factores mediadores.

El condicionamiento del temor, la facilitación y la sensibilización contribuyen a la forma en la que la activación repetida de las memorias de temor, en las personas con TEPT, llevan al surgimiento de memorias intrusivas espontáneas (39). En la depresión, un proceso similar predispone a una persona a una apreciación afectiva negativa y a un estado de ánimo cada vez más

deprimido. Está surgiendo una bibliografía científica médica que indica que los fármacos pueden modificar estas respuestas (40).

La medición de la respuesta de sobresalto permite caracterizar en forma objetiva la sensibilización que ocurre en la respuesta de temor y alarma en las personas con TEPT. La taquicardia que ocurre como respuesta a los ruidos intensos bruscos es una anomalía que surge después de la exposición a un incidente traumático (41, 42). Esta reactividad acentuada indica el papel del condicionamiento por el temor y la repercusión del entorno después del incidente. La adquisición de una respuesta de sobresalto acentuada no se relacionó con la gravedad del incidente o la intensidad inicial de los síntomas. Estas observaciones son compatibles con el modelo de sensibilización neuronal progresiva y de reactividad creciente de la frecuencia cardíaca con respecto en los seis meses subsiguientes a la exposición al incidente traumático. Esta pauta de reactividad acentuada también se observa en relación con estímulos inocuos y aversivos en un experimento de condicionamiento en el que se demostró un aumento de la reactividad autonómica a los dos tipos de estímulos (43). Una vez condicionadas las personas con TEPT presentaban una extinción reducida a las respuestas condicionadas.

El TEPT es sólo uno de los desenlaces que se ha relacionado con la exposición a acontecimientos traumáticos. El surgimiento de múltiples síntomas físicos también tiene una intensa relación y hay el consenso de opinión en que estos síndromes son indicativos de un reflejo general del malestar psicológico. Los mecanismos subyacentes a estos trastornos se han relacionado con mecanismos similares de sensibilización observados en pacientes con TEPT (44). En forma paralela, los traumas múltiples tienen un efecto acumulado sobre la salud física y al parecer es independiente de la aparición del TEPT (45).

MORBILIDAD FÍSICA ASOCIADA AL ESTRÉS TRAUMÁTICO

Por mucho tiempo ha habido interés en los efectos del estrés sobre la salud debido al esfuerzo que impone a la capacidad de adaptación de los individuos, lo cual por lo tanto lleva a un mayor riesgo de enfermedad.

Se ha estudiado por mucho tiempo los efectos del estrés sobre el eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal (HTA) y el sistema nervioso autónomo y a la regulación de estos sistemas se le ha denominado “cargas alostáticas”. Esto designa el desgaste que experimenta el cuerpo en respuesta a ciclos de estrés repetidos. Este fenómeno tiene la posibilidad de manifestarse de diversas formas, lo que está sujeto a la influencia de la interacción con otros factores de riesgo personales y ambientales para la enfermedad. De ahí que, la pérdida de la regulación fisiológica que apunta la alostasis representa una vía final común a la enfermedad que puede manifestarse de diversas formas.

Específicamente en el contexto de los síndromes posdespliegue, la vinculación con los síntomas musculoesqueléticos se ha vuelto un centro de interés creciente. Asimismo, la importancia de la carga alostática se ha llegado a considerar como un riesgo importante para la arteriopatía coronaria y sus factores de riesgo precedentes. Sin embargo, la función intermediaria del TEPT no ha sido el centro de interés específico para explicar estas relaciones hasta en tiempos recientes. El conjunto de datos emergentes, que coinciden con la prevalencia real del TEPT en estudios como el de National Comorbidity Survey

Replication (46), indica que la pérdida de la regulación fisiológica asociada al TEPT puede jugar un papel mediador central en una gama de trastornos.

TEPT Y SÍNDROMES PSICOSOMÁTICOS

Andreski y cols. (47) comunicaron que, de todos los trastornos psiquiátricos, el TEPT es el único con la relación más intensa con la somatización y sobre todo con el dolor sin causa médica explicable. Aunque hay una bibliografía considerable con respecto a la somatización en el TEPT, estos conocimientos raras veces son referidos en la bibliografía más amplia sobre la somatización, la cual en gran parte se ha centrado en el papel de la depresión y la ansiedad (48-52). En concreto, gracias a los estudios epidemiológicos más recientes que indican la subestimación previa de la prevalencia de los episodios traumáticos y el TEPT en muchos contextos, cada vez es más necesario enfocarse en la posible importancia del trauma en grupos de pacientes con síntomas que no tienen explicación médica (53).

Cada vez se reconoce más un patrón compartido de síntomas y etiología entre la lesión en latigazo, la fibromialgia, el síndrome de intestino irritable, la fatiga crónica y el TEPT. En concreto, se han identificado alteraciones del eje HTA en todos estos trastornos (54, 55), en los que la disfunción compartida al parecer es un aumento de la realimentación negativa del eje. Tales cambios provocados por el estrés se han relacionado con repercusiones importantes en la neurogénesis del funcionamiento cerebral (56, 57). Un estudio prospectivo reciente ha señalado que esta disfunción del eje HTA juega un papel importante en el inicio del dolor musculoesquelético generalizado crónico en una muestra de la población general (58). El modelo de la alostasis de McEwen se ha centrado en el lóbulo temporal y las cargas provocadas por el cortisol en momentos de exposición al estrés (56). Aunque se ha enfocado en la importancia de este proceso en el TEPT, el dolor persistente también se ha relacionado con las alteraciones de la neurogénesis hipocámpal y la expresión génica provocadas de manera similar al estrés (59).

La sensibilización es un proceso decisivo en la instauración de los síndromes de dolor y también en el TEPT, según se señaló antes. La exposición a factores ambientales detonantes de la estructura de la memoria traumática desempeña un papel decisivo en el surgimiento y la escalada progresiva del malestar psicológico de un individuo en el tiempo, lo que comprende las dimensiones somáticas. Este proceso biológico complejo surge en las semanas y meses subsiguientes al incidente e implica la interacción entre el malestar psicológico del individuo y la respuesta neurohormonal en el momento del episodio traumático (34).

El papel central de la amígdala en la facilitación en los pacientes con TEPT tiene mucho en común con los fenómenos de activación del dolor desencadenado por la fibra C (60). Se ha señalado la centralidad de este proceso tanto en la fibromialgia como en la fatiga crónica (61, 62).

Se han caracterizado patrones similares de la sensibilización y de la sensibilidad al dolor modificada en el síndrome de intestino irritable (63, 64). Las anomalías neurobiológicas compartidas en estos trastornos constituyen un argumento adicional a favor de un síndrome de respuesta al estrés generalizada que apuntemos las múltiples manifestaciones. Asimismo, esto se ha relacionado con una función autonómica modificada, que también al parecer juega un papel importante en la respuesta de dolor en los pa-

cientes con fibromialgia, los individuos con dolor del cuello y el hombro y trastorno de intestino irritable (65), y se ha observado que está presente también en personas con ausentismo laboral que tienen una enfermedad relacionada con el estrés (66).

LA RELACIÓN ENTRE LA HIPERTENSIÓN Y EL TEPT

Diversos estudios han señalado que el TEPT tiene una relación directa con el riesgo de aparición de hipertensión. Un estudio de una muestra de probabilidad de la Encuesta Nacional de Trastornos Concomitantes de los Estados Unidos analizó la interacción entre el TEPT y la depresión mayor como factores determinantes de la hipertensión. Se llegó a la conclusión de que el TEPT se relacionaba con hipertensión, independientemente de la depresión, y que este hallazgo posiblemente podría explicar las elevadas tasas de enfermedad cardiovascular asociadas al TEPT (67). Esta relación específica explica la elevada tasa de prevalencia de la hipertensión identificada en pacientes psiquiátricos refugiados (68).

O'Toole y Catts (69) analizaron una muestra epidemiológica de veteranos de Vietnam australianos, con la intención de evaluar la relación entre las consecuencias en la salud física de la exposición al trauma en combate y el TEPT. La hipertensión fue uno de los trastornos que se relacionó con el TEPT, tanto antes como después del ajuste con respecto a factores de confusión potenciales. Se ha reconocido que en el TEPT, la exposición a los detonantes traumáticos lleva a un aumento de la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la activación simpática de perspiración en las manos (70). Esta anomalía tiene un grado importante de especificidad para el TEPT (71). Esto es compatible con la observación de que en el TEPT hay un aumento de la actividad del sistema nervioso simpático y, en concreto, una hiperfunción específica del sistema noradrenérgico central (72).

Un estudio demográfico realizado en Estados Unidos en individuos hipertensivos analizó las repercusiones de los ataques del 11 de septiembre de 2001. Si bien estas personas no tuvieron un grado de exposición específicamente elevado, en los dos meses subsiguientes a los ataques terroristas mostraron un incremento de entre 1,7 y 3,3 mm Hg en la presión arterial sistólica en comparación con un período similar en 2000. Por tanto, al nivel de la población, los individuos que están padeciendo hipertensión corren un riesgo de presentar incrementos de la presión arterial como consecuencia de la exposición a incidentes estresantes (73).

Este conjunto de evidencias indica que existe un enlace entre el TEPT y el riesgo de hipertensión. Esto es un avance importante por cuanto indica que el no analizar específicamente la relación entre el TEPT y la hipertensión en los estudios previos ha dado lugar a confusiones sobre la interrelación entre el estrés y la cardiopatía coronaria. Por ejemplo, la Australian National Heart Foundation en 2003 señaló que no había evidencia sólida o consistente que señalara una relación causal entre los acontecimientos vitales crónicos, la tensión en el trabajo, los tipos de trastornos por hostilidad y ansiedad o trastorno por pánico y la cardiopatía coronaria. El papel intermediario del TEPT en esta relación es un vínculo importante (74).

HIPERLIPIDEMIA

El metabolismo de los lípidos es un factor importante en el riesgo de las enfermedades vasculares. Un estudio de

oficiales de policía brasileños demostró que los oficiales con TEPT tenían concentraciones significativamente más elevadas de colesterol total y triglicéridos (75). Un estudio en Croacia comparó a pacientes con TEPT relacionado con el combate y un grupo de referencia que consistía en pacientes con un trastorno depresivo mayor (76). En este estudio, se valoraron los lipidogramas consistentes en colesterol, LDL, HDL y triglicéridos. Los grupos eran equivalentes en cuanto a edad e índice de masa corporal (IMC). Los individuos con TEPT tenían concentraciones medias de colesterol más elevadas y de LDL-C, triglicéridos y HDL-C más bajas que el grupo de referencia. El índice arterioesclerótico era más elevado en el grupo con TEPT que en el grupo testigo. Estos resultados se tomaron en cuenta para llegar a la conclusión de que los pacientes con TEPT relacionado con combate tenían un riesgo más elevado de arterioesclerosis (76-78). Es probable que estos hallazgos se generalicen a otras poblaciones.

LA RELACIÓN ENTRE LA OBESIDAD Y EL TEPT

La obesidad conlleva un riesgo más elevado de varias enfermedades, como son las cardiovasculares. Vieweg y cols., (79), utilizando una base de datos nacional, documentaron un aumento significativo del IMC en individuos con TEPT, que no se modificaba según el decenio de vida. Se llegó a la conclusión de que el TEPT puede ser un factor de riesgo para el sobrepeso. Esta relación también se ha observado en muestras clínicas (80).

Un estudio de población de adultos jóvenes en Alemania (81) analizó la relación entre un diagnóstico de TEPT y el tener un IMC superior a 30. En el seguimiento a 10 años de esta muestra desde la infancia, se previó la obesidad por un subumbral antecedente o un TEPT florido con una cifra de oportunidades relativas de 3, en los hombres pero no en las mujeres. Esta relación no se ha identificado en general, y se debe reconocer una serie de aspectos complejos que influyen en la misma. Sin embargo, otra muestra de población de Nueva Zelanda no demostró ninguna relación entre el TEPT y la obesidad (oportunidades relativas 2,64) (82).

En un estudio de oficiales de policía, se analizó la relación entre los síntomas de TEPT y síndrome metabólico fue analizada. Se consideró que había un síndrome metabólico si un individuo tenía tres o más componentes de los siguientes factores: obesidad, presión arterial elevada, disminución de la lipoproteína de gran densidad (colesterol de las HDL), elevación de los triglicéridos y glucosa anormal. Los policías con TEPT grave tenían una tasa de síndrome metabólico tres veces mayor que la categoría más baja de gravedad del TEPT (83).

LA RELACIÓN ENTRE LOS SÍNTOMAS DE TEPT Y LA CARDIOPATÍA CORONARIA

El US Department of Veterans's Affairs ha llevado a cabo un estudio normativo de la vejez (84). La muestra, que comprende varones que habían llenado dos escalas para el TEPT, fue incorporada en 1990. Se realizó un seguimiento de ellos y se valoró la incidencia de cardiopatía coronaria hasta mayo de 2001. Por cada aumento de desviación estándar en el grado de síntomas postraumáticos, los varones tenían un riesgo relativo atribuido de 1,26 para infarto de miocardio no mortal y cardiopatía coronaria mortal combinada así como 1,21 para todos los desenlaces

de la cardiopatía coronaria. La importancia de este estudio es que indicaba que el grado de síntomas postraumáticos, más que el diagnóstico de TEPT en sí, conllevaba más riesgo de cardiopatía coronaria. Se mantuvieron estos resultados después del ajuste con respecto a los síntomas depresivos.

Si bien la hipertensión, la hiperlipidemia y la obesidad constituyen factores de riesgo que podrían vincular el TEPT con la cardiopatía, esta también se podría relacionar con una respuesta catecolamínica acentuada a los factores detonantes relacionados con el traumatismo. Se ha demostrado en diversos contextos que las catecolaminas pueden desencadenar lesión del endotelio que reviste la íntima de las arterias coronarias, lo que lleva a la génesis de la aterosclerosis (85, 86). Kubzansky y cols. (84) llegaron a la conclusión de que "la exposición al traumatismo y el estrés prolongado no sólo pueden aumentar el riesgo de problemas psiquiátricos importantes sino también cardiotóxicos".

Boscarino (87) estudió una muestra aleatoria nacional de 4.328 veteranos de Vietnam que no tenían cardiopatía al inicio en 1985. La mortalidad debida a cardiopatía por tener TEPT tenía un cociente de riesgos instantáneos de 2,25. Cuando se realizó el ajuste con respecto a los efectos de la depresión, el grado de exposición al combate modificó poco los resultados. El autor llegó a la conclusión de que "la cardiopatía a una edad temprana puede ser un desenlace subsiguiente al servicio militar en veteranos con TEPT". De nuevo, este estudio hace hincapié en que existe un riesgo específico de mortalidad por cardiopatía inherente al TEPT, pero también hay un riesgo simplemente asociado a un mayor grado de síntomas postraumáticos en las personas que no alcanzan el umbral diagnóstico.

En otro estudio realizado en ex prisioneros de la Segunda Guerra Mundial se observó que los que tenían TEPT mostraban un riesgo significativamente mayor de enfermedades cardiovasculares, como hipertensión y cardiopatía isquémica crónica, que los individuos que habían sido prisioneros de guerra pero que no habían desarrollado TEPT así como los no prisioneros (88).

En resumen, la evidencia derivada de estudios prospectivos indica un vínculo entre la cardiopatía y el TEPT.

REPERCUSIONES CLÍNICAS

La relación entre el TEPT y diversos trastornos físicos resalta la importancia de que los efectos del estrés traumático son de gran alcance. Hay la posibilidad de un trastorno persistente de la neurobiología y fisiopatología del individuo después de la exposición y que el TEPT sea sólo un resultado final. La relación con factores de riesgo cardiovascular y marcadores inflamatorios indica que la exposición al estrés traumático desencadena una alteración general de la homeostasis subyacente de un individuo (89, 90).

En esencia, el medio fisiológico interno de una persona se adapta a las demandas externas. Este proceso de regulación dinámica implica una adaptación continua de las funciones en respuesta a las demandas ambientales. Cuando el organismo experimenta tensiones repetidas, el estado alostático consecutivo tiene la capacidad de alterar la salud de una persona (91). Por ejemplo, Karlamangla y cols. (92) analizaron las repercusión longitudinal de la carga alostática en los estudios de

MacArthur sobre el envejecimiento satisfactorio, y observaron que las personas cuya carga alostática descendía durante un período de cinco años, tenían un riesgo de mortalidad significativamente más bajo.

Por consiguiente, la adaptación subyacente de un individuo a un ambiente y los costes que esto ejerce en el organismo son decisivos para el mantenimiento de la salud desde la perspectiva psicológica y física (93). El estrés traumático lleva a una alteración del sistema glucocorticoide, junto con una gama de otros neuropéptidos como el factor liberador de corticotropina (CRF), las betaendorfinas, el neuropéptido Y lo mismo que las catecolaminas. La repercusión de los glucocorticoides sobre la amígdala y el hipocampo como parte del condicionamiento por el temor contextual es un componente esencial de la adaptación alostática (94).

REPERCUSIONES EN EL TRATAMIENTO

En la actualidad, el tratamiento del TEPT se centra en la psicoterapia cognitiva conductual y el empleo de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (95). Sin embargo, en la recomendación de los fármacos no se toma en cuenta la necesidad de abordar la inestabilidad subyacente de la psicofisiología, sobre todo en los períodos más inmediatos después de la exposición. En este sentido, es interesante que la prazosina, un antagonista alfa-adrenérgico, ha tenido una función beneficiosa en el tratamiento del TEPT (96) y se ha observado en poblaciones de pacientes en cuidados intensivos que el cortisol tiene un efecto protector contra el TEPT (97).

Un tratamiento que puede tener especial importancia y que exige una investigación sistemática es la neuroretroalimentación (98, 99). En la actualidad hay una bibliografía establecida sobre las anomalías del EEG cuantitativo que indican una alteración importante de la excitabilidad cortical en el TEPT (100). Se ha utilizado la neuroretroalimentación en otros trastornos en los que hay anomalías demostradas en la actividad cortical. Sobre todo en poblaciones con un riesgo importante de TEPT, como grupos militares y de servicios de urgencias, el empleo de esta técnica puede ser útil. Asimismo, el desarrollo de métodos para modificar la aumentación progresiva del sobresalto podría ayudar a los individuos a restablecer su psicofisiología a su estado inicial. La recalibración puede ser más fácil antes de la aparición de un trastorno clínico declarado.

CONCLUSIÓN

El surgimiento progresivo de síntomas subsiguientes a la exposición de un estrés traumático es un concepto difícil y el TEPT de instauración tardía por mucho tiempo ha sido una noción debatida. Sin embargo, cada vez hay más bibliografía que demuestra que una proporción importante de las víctimas de traumatismo no tienen su respuesta máxima al factor estresante en el período inmediato después del acontecimiento, sino que más bien ésta aumenta progresivamente con el tiempo. En algunos individuos, las consecuencias adversas evidentes de la exposición al estrés yacen latentes por un período prolongado antes que algún suceso adverso intercurrente lleve a su manifestación.

Por consiguiente, parecería que la exposición al traumatismo inicia un proceso de alteración de la fisiopatología interna

de un individuo que luego se sensibiliza progresivamente y experimenta facilitación con las exposiciones repetidas a factores detonantes. Este patrón de sensibilidad creciente a la carga ambiental también se pone de manifiesto como hipertensión, hiperlipidemia y obesidad. Existe ahora una relación comprobada entre la enfermedad cardiovascular y el TEPT.

Por último, los adelantos terapéuticos importantes en el TEPT pueden surgir si se toma en cuenta la alteración más amplia de estos sistemas neurobiológicos por su activación repetida. Esto resalta la importancia de que el TEPT no es simplemente un trastorno psicosocial, sino que está apuntalado por un trastorno neurobiológico importante.

Agradecimientos

Esta investigación fue respaldada por el National Health and Medical Research Council of Australia Programa a través de su donación No. 300304 y por una beca para la investigación Estratégica de la Enfermedad Cardiovascular y la Depresión (G 07B 3555) de la National Heart Foundation and Beyondblue: The National Depression Initiative.

Bibliografía

1. Shephard B. A war of nerves: soldiers and psychiatrists in the twentieth century. Cambridge: Harvard University Press, 2001.
2. Glass AJ. Mental health programs in the armed forces. In: Arieti S (ed). American handbook of psychiatry. New York: Basic Books, 1974:800-9.
3. Brown GW, Harris TO, Peto J. Life events and psychiatric disorders. 2. Nature of causal link. Psychol Med 1973;3:159-76.
4. Paykel ES. Contribution of life events to causation of psychiatric illness. Psychol Med 1978;8:245-53.
5. McFarlane AC. The effects of stressful life events and disasters: research and theoretical issues. Aust N Z J Psychiatry 1985;19:409-21.
6. Solomon Z. The impact of posttraumatic stress disorder in military situations. J Clin Psychiatry 2001;62(Suppl. 17):11-5.
7. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. Biol Psychiatry 2001;49:1023-39.
8. Bryant RA, Creamer M, O'Donnell ML et al. A multisite study of the capacity of acute stress disorder diagnosis to predict posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry 2008;69:923-9.
9. McFarlane AC, Atchison M, Yehuda R. The acute stress response following motor vehicle accidents and its relation to PTSD. Ann N Y Acad Sci 1997;821:437-41.
10. Carty J, O'Donnell ML, Creamer M. Delayed-onset PTSD: a prospective study of injury survivors. J Affect Disord 2006;90:257-61.
11. Orcutt HK, Erickson DJ, Wolfe J. The course of PTSD symptoms among Gulf War veterans: a growth mixture modeling approach. J Trauma Stress 2004;17:195-202.
12. Solomon Z, Mikulincer M. Trajectories of PTSD: a 20-year longitudinal study. Am J Psychiatry 2006;163:659-66.
13. Southwick SM, Morgan CA, Darnell A et al. Trauma-related symptoms in veterans of Operation Desert Storm: a 2-year follow-up. Am J Psychiatry 1995;152:1150-5.
14. Grieger TA, Cozza SJ, Ursano RJ et al. Posttraumatic stress disorder and depression in battle-injured soldiers. Am J Psychiatry 2006; 163:1777-83.
15. Bliese P, White K, Adler A et al. Post-Deployment Psychological Screening: Interpreting and Scoring DD Form 2900. Research Report 2005-003. Heidelberg: US Army Medical Research Unit - Europe, 2005.

16. Milliken CS, Auchterlonie JL, Hoge CW. Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war. *JAMA* 2007;298:2141-8.
17. Benyamini Y, Solomon Z. Combat stress reactions, posttraumatic stress disorder, cumulative life stress, and physical health among Israeli veterans twenty years after exposure to combat. *Soc Sci Med* 2005;61:1267-77.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
19. Buckley TC, Blanchard EB, Hickling EJ. A prospective examination of delayed onset PTSD secondary to motor vehicle accidents. *J Abnorm Psychol* 1996;105:617-25.
20. Andrews B, Brewin CR, Philpott R et al. Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2007;164:1319-26.
21. Pincus L, Gasto C, Navarro V et al. Relapse of major depression after complete and partial remission during a 2-year follow-up. *J Affect Disord* 2003;73:237-44.
22. Ramel W, Goldin PR, Eyler LT et al. Amygdala reactivity and mood- congruent memory in individuals at risk for depressive relapse. *Biol Psychiatry* 2007;61:231-9.
23. Leppanen JM. Emotional information processing in mood disorders: a review of behavioral and neuroimaging findings. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:34-9.
24. Hedtke KA, Ruggiero KJ, Fitzgerald MM et al. A longitudinal investigation of interpersonal violence in relation to mental health and substance use. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:633-47.
25. Maes M, Mylle J, Delmeire L et al. Pre- and post-disaster negative life events in relation to the incidence and severity of post-traumatic stress disorder. *Psychiatry Res* 2001;105:1-12.
26. Rona RJ, Fear NT, Hull L et al. Mental health consequences of overstretch in the UK armed forces: first phase of a cohort study. *BMJ* 2007;335:603.
27. Freud S. The aetiology of hysteria. In: Strachey J (ed). The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. 3. London: Vintage, 1962.
28. McFarlane AC. Avoidance and intrusion in posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis* 1992;180:439-45.
29. Wessa M, Flor H. Failure of extinction of fear responses in post-traumatic stress disorder: evidence from second-order conditioning. *Am J Psychiatry* 2007;164:1684-92.
30. Post RM, Weiss SR, Smith M et al. Kindling versus quenching. Implications for the evolution and treatment of posttraumatic stress disorder. *Ann N Y Acad Sci* 1997;821:285-95.
31. McFarlane AC, Yehuda R, Clark CR. Biologic models of traumatic 31. memories and post-traumatic stress disorder. The role of neural networks. *Psychiatr Clin North Am* 2002;25:253-70.
32. Milad MR, Orr SP, Lasko NB et al. Presence and acquired origin of reduced recall for fear extinction in PTSD: results of a twin study. *J Psychiatr Res* 2008;42:515-20.
33. Rauch SL, Shin LM, Phelps EA. Neurocircuitry models of post-traumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research - past, present, and future. *Biol Psychiatry* 2006;60:376-82.
34. Marshall RD, Garakani A. Psychobiology of the acute stress response and its relationship to the psychobiology of post-traumatic stress disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2002;25:385-95.
35. Kendler KS, Thornton LM, Gardner CO. Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: an evaluation of the "kindling" hypothesis. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1243-51.
36. Elzinga BM, Bremner JD. Are the neural substrates of memory the final common pathway in posttraumatic stress disorder (PTSD)? *J Affect Disord* 2002;70:1-17.
37. Miller L. Neurosensitization: a model for persistent disability in chronic pain, depression, and posttraumatic stress disorder following injury. *NeuroRehabilitation* 2000;14:25-32.
38. Shalev AY. Biological responses to disasters. *Psychiatr Q* 2000; 71:277-88.
39. Grillon C, Southwick SM, Charney DS. The psychobiological basis of posttraumatic stress disorder. *Mol Psychiatry* 1996;1:278-97.
40. Bonne O, Grillon C, Vythilingam M et al. Adaptive and maladaptive psychobiological responses to severe psychological stress: implications for the discovery of novel pharmacotherapy. *Neurosci Biobehav Rev* 2004;28:65-94.
41. Morgan CA, III, Grillon C, Southwick SM et al. Exaggerated acoustic startle reflex in Gulf War veterans with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1996;153:64-8.
42. Shalev AY, Peri T, Brandes D et al. Auditory startle response in trauma survivors with posttraumatic stress disorder: a prospective study. *Am J Psychiatry* 2000;157:255-61.
43. Peri T, Ben-Shakhar G, Orr SP et al. Psychophysiological assessment 43. of aversive conditioning in posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 2000;47:512-9.
44. McFarlane AC. Stress-related musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007;21:549-65.
45. Sledjeski EM, Speisman B, Dierker LC. Does number of lifetime traumas explain the relationship between PTSD and chronic medical conditions? Answers from the National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R). *J Behav Med* 2008;31:341-9.
46. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:593-602.
47. Andreski P, Chilcoat H, Breslau N. Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry Res* 1998;79:131-8.
48. O'Malley PG, Jackson JL, Kroenke K et al. The value of screening for psychiatric disorders in rheumatology referrals. *Arch Intern Med* 1998;158:2357-62.
49. Patten SB, Williams JV, Wang J. Mental disorders in a population sample with musculoskeletal disorders. *BMC Musculoskelet Disord* 2006;7:37.
50. Simon GE, VonKorff M. Somatization and psychiatric disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area study. *Am J Psychiatry* 1991;148:1494-500.
51. Stang PE, Brandenburg NA, Lane MC et al. Mental and physical comorbid conditions and days in role among persons with arthritis. *Psychosom Med* 2006;68:152-8.
52. Von Korff M, Crane P, Lane M et al. Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Pain* 2005;113:331-9.
53. Zautra AJ, Smith BW. Depression and reactivity to stress in older women with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Psychosom Med* 2001;63:687-96.
54. Pillemer SR, Bradley LA, Crofford LJ et al. The neuroscience and endocrinology of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1997;40:1928-39.
55. Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. *N Engl J Med* 2002; 346:108-14.
56. McEwen BS. The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain Res* 2000;886:172-89.
57. Korte SM, Koolhaas JM, Wingfield JC et al. The Darwinian concept of stress: benefits of allostasis and costs of allostatic load and the trade-offs in health and disease. *Neurosci Biobehav Rev* 2005;29:3-38.
58. McBeth J, Silman AJ, Gupta A et al. Moderation of psychosocial risk factors through dysfunction of the hypothalamic-pituitary-adrenal stress axis in the onset of chronic widespread musculoskeletal pain: findings of a population-based prospective cohort study. *Arthritis Rheum* 2007;56:360-71.
59. Duric V, McCarron KE. Persistent pain produces stress-like alterations in hippocampal neurogenesis and gene expression. *J Pain* 2006;7:544-55.

60. Staud R, Craggs JG, Robinson ME et al. Brain activity related to temporal summation of C-fiber evoked pain. *Pain* 2007;129:130-42.
61. Meeus M, Nijs J. Central sensitization: a biopsychosocial explanation for chronic widespread pain in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Clin Rheumatol* 2007;26:465-73.
62. McLean SA, Clauw DJ, Abelson JL et al. The development of persistent pain and psychological morbidity after motor vehicle collision: integrating the potential role of stress response systems into a biopsychosocial model. *Psychosom Med* 2005;67:783-90.
63. Talley NJ, Spiller R. Irritable bowel syndrome: a little understood organic bowel disease? *Lancet* 2002;360:555-64.
64. Verne GN, Himes NC, Robinson ME et al. Central representation of visceral and cutaneous hypersensitivity in the irritable bowel syndrome. *Pain* 2003;103:99-110.
65. Nilsen KB, Sand T, Westgaard RH et al. Autonomic activation and pain in response to low-grade mental stress in fibromyalgia and shoulder/neck pain patients. *Eur J Pain* 2007;11:743-55.
66. Heiden M, Barnekow-Bergkvist M, Nakata M et al. Autonomic activity, pain, and perceived health in patients on sick leave due to stress-related illnesses. *Integr Physiol Behav Sci* 2005;40:3-16.
67. Kibler JL, Joshi K, Ma M. Hypertension in relation to posttraumatic stress disorder and depression in the US National Comorbidity Survey. *Behav Med* 2009;34:125-32.
68. Kinzie JD, Riley C, McFarland B et al. High prevalence rates of diabetes and hypertension among refugee psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis* 2008;196:108-12.
69. O'Toole BI, Catts SV. Trauma, PTSD, and physical health: an epidemiological study of Australian Vietnam veterans. *J Psychosom Res* 2008;64:33-40.
70. Orr SP, Metzger LJ, Pitman RK. Psychophysiology of post-traumatic stress disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2002;25:271-93.
71. Keane TM, Kolb LC, Kaloupek DG et al. Utility of psychophysiological measurement in the diagnosis of posttraumatic stress disorder: results from a Department of Veterans Affairs Cooperative Study. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:914-23.
72. Bedi US, Arora R. Cardiovascular manifestations of posttraumatic stress disorder. *J Natl Med Assoc* 2007;99:642-9.
73. Gerin W, Chaplin W, Schwartz JE et al. Sustained blood pressure increase after an acute stressor: the effects of the 11 September 2001 attack on the New York City World Trade Center. *J Hypertens* 2005;23:279-84.
74. Bunker SJ, Colquhoun DM, Esler MD et al. "Stress" and coronary heart disease: psychosocial risk factors. *Med J Aust* 2003;178:272-6.
75. Maia DB, Marmar CR, Mendlowicz MV et al. Abnormal serum lipid profile in Brazilian police officers with post-traumatic stress disorder. *J Affect Disord* 2008;107:259-63.
76. Karlovic D, Buljan D, Martinac M et al. Serum lipid concentrations in Croatian veterans with post-traumatic stress disorder, post-traumatic stress disorder comorbid with major depressive disorder, or major depressive disorder. *J Korean Med Sci* 2004;19:431-6.
77. Solter V, Thaller V, Karlovic D et al. Elevated serum lipids in veteran-77. ans with combat-related chronic posttraumatic stress disorder. *Croat Med J* 2002;43:685-9.
78. Kagan BL, Leskin G, Haas B et al. Elevated lipid levels in Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 1999;45:374-7.
79. Vieweg WV, Julius DA, Bates J et al. Posttraumatic stress disorder as a risk factor for obesity among male military veterans. *Acta Psychiatr Scand* 2007;116:483-7.
80. David D, Woodward C, Esquenazi J et al. Comparison of comorbid physical illnesses among veterans with PTSD and veterans with alcohol dependence. *Psychiatr Serv* 2004;55:82-5.
81. Perkonig A, Ohashi T, Stein MB et al. Posttraumatic stress disorder and obesity: evidence for a risk association. *Am J Prev Med* 2009;36:1-8.
82. Scott KM, McGee MA, Wells JE et al. Obesity and mental disorders in the adult general population. *J Psychosom Res* 2008;64:97-105.
83. Violanti JM, Fekedulegn D, Hartley TA et al. Police trauma and cardiovascular disease: association between PTSD symptoms and metabolic syndrome. *Int J Emerg Ment Health* 2006;8:227-37.
84. Kubzansky LD, Koenen KC, Spiro A, III et al. Prospective study of posttraumatic stress disorder symptoms and coronary heart disease in the Normative Aging Study. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:109-16.
85. Schneiderman N. Psychophysiological factors in atherogenesis and coronary artery disease. *Circulation* 1987;76:141-7.
86. Vanitallie TB. Stress: a risk factor for serious illness. *Metabolism* 2002;51:40-5.
87. Boscarino JA. A prospective study of PTSD and early-age heart disease mortality among Vietnam veterans: implications for surveillance and prevention. *Psychosom Med* 2008;70:668-76.
88. Kang HK, Bullman TA, Taylor JW. Risk of selected cardiovascular diseases and posttraumatic stress disorder among former World War II prisoners of war. *Ann Epidemiol* 2006;16:381-6.
89. von Kanel R, Hepp U, Kraemer B et al. Evidence for low-grade systemic proinflammatory activity in patients with posttraumatic stress disorder. *J Psychiatr Res* 2007;41:744-52.
90. von Kanel R, Hepp U, Traber R et al. Measures of endothelial dysfunction in plasma of patients with posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Res* 2008;158:363-73.
91. McEwen BS, Stellar E. Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Arch Intern Med* 1993;153:2093-101.
92. Karlamangla AS, Singer BH, Seeman TE. Reduction in allostatic load in older adults is associated with lower all-cause mortality risk: MacArthur studies of successful aging. *Psychosom Med* 2006;68:500-7.
93. McEwen BS, Wingfield JC. The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Horm Behav* 2003;43:2-15.
94. McEwen BS. Mood disorders and allostatic load. *Biol Psychiatry* 2003;54:200-7.
95. Australian Centre for Posttraumatic Mental Health. Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Melbourne: Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2007.
96. Raskind MA, Peskind ER, Kanter ED et al. Reduction of nightmares and other PTSD symptoms in combat veterans by prazosin: a placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 2003;160:371-3.
97. de Quervain DJ, Margraf J. Glucocorticoids for the treatment of 97. post-traumatic stress disorder and phobias: a novel therapeutic approach. *Eur J Pharmacol* 2008;583:365-71.
98. Arns M, de Ridder S, Strehl U et al. Efficacy of neurofeedback treatment in ADHD: the effects on inattention, impulsivity and hyperactivity: a meta-analysis. *Clin EEG Neurosci* 2009;40:180-9.
99. Linden DE. Brain imaging and psychotherapy: methodological considerations and practical implications. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 258 (Suppl. 5):71-5.
100. Clark CR, Galletly CA, Ash DJ et al. Evidence-based medicine evaluation of electrophysiological studies of the anxiety disorders. *Clin EEG Neurosci* 2009;40:84-112.

Tratamiento del trastorno límite de la personalidad basado en la mentalización

ANTHONY BATEMAN¹, PETER FONAGY²

¹Barnet, Enfield and Haringey Mental Health NHS Trust, Halliwick Psychological Therapies Service, St. Ann's Hospital, St. Ann's Road, London N15 3TH, UK

²Psychoanalysis Unit, University College London, Gower Street, London WC1E 6BT, UK

Mentalizar es el proceso por el cual comprendemos, de manera implícita y explícita, los estados subjetivos y procesos mentales de los demás y de nosotros mismos. Es un concepto profundamente social en el sentido de que estamos atentos a los estados mentales de las personas con quienes convivimos, física o psicológicamente. Dada la generalidad de esta definición, la mayor parte de los trastornos psiquiátricos inevitablemente conllevan determinadas dificultades en la mentalización, pero lo que ha recibido más atención es la aplicación del concepto al tratamiento del trastorno límite de la personalidad (TLP), un trastorno psiquiátrico frecuente con repercusiones importantes en la salud pública. Los pacientes con TLP muestran una merma de la capacidad para mentalizar, lo que lleva a problemas de la regulación emocional y dificultades para hacer frente a la impulsividad, sobre todo en el contexto de las interacciones interpersonales. El tratamiento basado en la mentalización (TBM) es un tratamiento de tiempo limitado que estructura las intervenciones que fomentan el desarrollo adicional de la mentalización. Se ha puesto a prueba en investigaciones y se ha observado que constituye un tratamiento eficaz para el TBP cuando lo aplican profesionales psiquiátricos que reciben una capacitación adicional limitada y con grados moderados de supervisión. Esto respalda la utilidad general del TBM en el tratamiento del TLP en los servicios psiquiátricos generales.

Palabras clave: mentalización, trastorno límite de la personalidad, apego, psicoterapia.

(*World Psychiatry* 2010; 9:11-15)

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno psiquiátrico complejo e importante que se caracteriza por un patrón frecuente de dificultades en la regulación de las emociones y el control de los impulsos así como una inestabilidad tanto en las relaciones como en la imagen de sí mismo (1). Representa un problema de salud pública importante pues se asocia a tentativas de suicidio y a conductas autodañinas, las cuales son dianas constantes de los servicios psiquiátricos. Se comunica una conducta suicida recidivante en un 69-80% de los pacientes con TLP y las tasas de suicidio se estiman en hasta un 10% (2).

El TLP es un trastorno frecuente que al parecer ocurre en todo el mundo con una prevalencia del 0,2 al 1,8% en la población general (3). Se observan tasas de prevalencia más elevadas en poblaciones clínicas. Moran y cols. (4) observaron una tasa de prevalencia de 4-6% en personas que acudían a asistencia primaria, lo que indica que los individuos con TBP tienen más posibilidades de acudir al médico general. Chanen y cols. (5) comunicaron una tasa de prevalencia del 11% en pacientes externos adolescentes y del 49% en pacientes adolescentes hospitalizados. La prevalencia más alta se ha observado en personas que necesitan atención más intensiva con una tasa de 60-80% en los pacientes que acuden a servicios forenses (6, 7).

La elevada prevalencia y el aumento de la tasa de suicidios en los pacientes con TLP convierten en un argumento irrefutable la necesidad de idear tratamientos eficaces y que estén ampliamente disponibles. Aunque se ha demostrado que diversos tratamientos del TBP tienen una eficacia moderada en estudios aleatorizados comparativos, sigue teniendo considerable interés que la mayor parte de ellos exija una capacitación amplia, por lo que no están disponibles para la mayoría de los pacientes. El tratamiento basado en la mentalización (TBM) fue ideado teniendo presente esto. Exige una capacitación adicional relativamente pequeña además de la capacitación psiquiátrica general y se ha implementado en los estudios de investigación por el personal psiquiátrico que atiende a la población, princi-

palmente enfermeras, con capacitación limitada y con grados moderados de supervisión.

¿QUÉ ES LA MENTALIZACIÓN?

El término mentalización surgió de la Ecole Psychosomatique de París y en cierta medida fue operacionalizado por los investigadores del desarrollo que investigaban la teoría de la mente (8). Fue utilizado primeramente por Fonagy en 1989 (9) de una forma más amplia y desde entonces se ha desarrollado en relación con la comprensión de diversos trastornos mentales.

La mentalización, o la mejor mentalización, es el proceso por el cual comprendemos los estados subjetivos y procesos mentales, de manera implícita y explícita, de los demás y de nosotros mismos. Es un concepto profundamente social por cuanto prestamos atención a los estados mentales de las personas con quien convivimos, física o psicológicamente. Dada la generalidad de esta definición, la mayor parte de los trastornos mentales inevitablemente conllevarán algunas dificultades en la mentalización. De hecho, podemos concebir que casi todo trastorno mental sea una mala interpretación de la mente de su propia experiencia y por tanto en última instancia es un trastorno de la mentalización. Sin embargo, el aspecto clave es si la disfunción es central al trastorno o si un enfoque en la mentalización es heurísticamente válido, es decir, proporciona un dominio apropiado para la intervención terapéutica.

Aunque se está aplicando la teoría de la mentalización a diversos trastornos (p. ej., trastorno por estrés postraumático (10), trastorno de la conducta alimentaria (11) y depresión (12)), en una serie de contextos (p. ej., en pacientes hospitalizados, con hospitalización parcial y en unidades de consultas externas), así como en diferentes grupos de pacientes (p. ej., adolescentes, familias y toxicómanos), el método terapéutico muy claramente está organizado como un tratamiento del TLP (13). Sólo para este trastorno se cuenta con el apoyo empírico claro derivado de datos de estudios aleatorizados y comparativos (14, 15).

En el TLP, una capacidad de mentalización frágil vulnerable a la interacción social e interpersonal se considera una característica central del trastorno. Para que un tratamiento sea eficaz, debe tener la mentalización como su centro o por lo menos estimular el desarrollo de la mentalización como un epifenómeno.

La disfunción del procesamiento mental en el adulto con trastorno límite de la personalidad ha resultado evidente para la mayoría de los médicos, pero ninguno había identificado la dificultad primaria como una pérdida de la mentalización originada en las primeras etapas del desarrollo. La afirmación básica simple que hacíamos era que el representarse a sí mismo y a los demás como seres que piensan, creen, desean o quieren no llegaba a los cuatro años de edad como una consecuencia de la maduración, sino más bien como un logro del desarrollo que estaba profundamente enraizado en la calidad de las relaciones de objeto tempranas. Su vulnerabilidad previsible a la desaparición bajo el estrés en los trastornos límite se observó como un centro apropiado de la intervención psicológica psicodinámica, aun cuando se hubiesen expresado inquietudes por muchos decenios con respecto al uso de la psicoterapia psicodinámica en el tratamiento del TLP. Estas comenzaron ya desde 1938, cuando un psicoanalista estadounidense, Adolph Stern, identificó a un grupo de pacientes, que ahora se considera que habían tenido TLP, que no respondían al tratamiento psicoanalítico habitual (16). Más tarde describió las modificaciones de la psicoterapia para este grupo con trastorno límite de la personalidad que se mantienen vigentes en la actualidad (17).

EL DESARROLLO DE LA MENTALIZACIÓN

La teoría de la mentalización está enraizada en la teoría del apego de Bowlby y su explicación detallada por psicólogos del desarrollo contemporáneos, a la vez que presta atención a las vulnerabilidades generales. Hay pruebas indicativas de que los pacientes con trastorno límite de la personalidad tienen un antecedente de desorganización del apego, lo cual lleva a problemas en la maduración del afecto, la atención y el autocontrol (18, 19). Creemos que estos problemas son mediados por una incapacidad para desarrollar una capacidad de mentalización sólida.

Nuestra comprensión de los demás depende en grado crítico de si los adultos comprendieron adecuadamente nuestras necesidades de cuidados, atención y no amenazas cuando éramos lactantes. La causa más importante de la alteración en la mentalización es el trauma psicológico en las etapas iniciales o tardías de la infancia, lo cual socava la capacidad para pensar en los estados mentales o la capacidad para describir las propias relaciones en el pasado. Basándose en las pruebas acumuladas sobre la psicopatología del desarrollo, la teoría de la mentalización del TLP señala primero que los individuos son generalmente vulnerables o expuestos al trauma psicológico; en segundo lugar, que estos dos factores pueden minar el desarrollo de capacidades sociales y cognitivas necesarias para la mentalización debido a la negligencia en las relaciones tempranas (20), sobre todo cuando la contingencia entre su experiencia emocional y el reflejo del cuidado no es congruente (21); en tercer lugar, que esto produce un sistema de apego hipersensible en el contexto interpersonal; y cuarto lugar, que esto desencadena el desarrollo de una facultad debilitada para representar el afecto y controlar con esfuerzo la capacidad de atención (22).

Dada la continuidad conocida de los estilos de apego en el tiempo, podría esperarse que los residuos de los problemas de apego de la infancia resultaran evidentes en la edad adulta. La bibliografía sobre el apego en el adulto en relación con el TLP ha sido analizada por Levy (23). Si bien la relación entre el diagnóstico de TLP y una categoría de apego específica no es evidente, no hay duda de que el TLP se relaciona en alto grado con un apego inseguro (sólo el 6-8% de los pacientes con TLP son clasificados como seguros). Al parecer la inseguridad temprana en el apego es una característica relativamente constante de los pacientes con TLP, sobre todo en conjunto con los acontecimientos vitales negativos subsiguientes (24).

TRATAMIENTO BASADO EN LA MENTALIZACIÓN

El enfoque en las necesidades de tratamiento de las personas con TLP debe ser estabilizar el sentido de sí mismo y ayudar al paciente a mantener un grado óptimo de activación en el contexto de una relación de apego bien manejada, es decir, no demasiado intensa y no demasiado desprendida, entre el paciente y el terapeuta. El paciente con TLP es muy sensible a todas las interacciones interpersonales. Así que, el terapeuta necesita tener presente que el tratamiento, una interacción interpersonal, inevitablemente provocará ansiedad relacionada con la pérdida de un sentido de sí mismo y que las experiencias emocionales subsiguientes rápidamente amenazarán con agobiar las capacidades mentales del paciente, y llevarán a una escalada de emociones e incapacidad para comprender exactamente los motivos de otras personas. Los psiquiatras y otros profesionales psiquiátricos también necesitan tener presente esta sensibilidad para poder evitar interacciones yatrógenas con pacientes con TLP. La hospitalización, por ejemplo, es una experiencia emocional intensa para todos los pacientes y, si no se atiende bien, hará que los pacientes con TLP empeoren por la sobrestimulación de sus procesos de apego. Esta sobrestimulación en el tratamiento puede explicar los desenlaces desfavorables a largo plazo de los pacientes con TLP cuando se ofrecen tratamientos intensivos no modificados (25).

Los pacientes con TLP tienen una vulnerabilidad al regular las respuestas emocionales y generar estrategias eficaces para controlar sus pensamientos y sentimientos, lo cual desafía su capacidad para pensar en sus propias acciones en función de comprensiones sutiles de sus pensamientos y sentimientos. Se deslizan hacia lo que superficialmente podría describirse como una especie de estado mecánico, tanto en relación con los demás como consigo mismo. Desde luego, el caso resulta ser más complicado de lo que es, pues estas incapacidades palpables en determinados momentos, no siempre son evidentes. Sin embargo, en momentos de ansiedad emocional, sobre todo ansiedad desencadenada por una pérdida real o por una amenaza de pérdida, la capacidad para la mentalización muy probablemente se evaporará. La cuestión es cómo esta comprensión y las observaciones clínicas pueden traducirse útilmente en un enfoque terapéutico que pudiera ser útil dada la prevalencia y la gravedad de este problema clínico dentro de un sistema sanitario público.

Para este propósito, definimos algunas técnicas fundamentales centrales a utilizarse en el contexto de la psicoterapia de grupo e individual y las designamos como TBM (13, 26). En el presente artículo se abordarán tres aspectos importantes del

tratamiento, es decir, el propósito de las intervenciones, la estrategia terapéutica y la mentalización de la transferencia.

Objetivos de las intervenciones en el TBM

La tarea inicial en el TBM consiste en estabilizar la expresión emocional, ya que si no mejora el control del afecto no puede haber una consideración seria de las representaciones internas. Aunque lo opuesto también es verdad, la identificación y la expresión del afecto se abordan inicialmente porque representan una amenaza inmediata a la continuidad del tratamiento y también potencialmente para la vida del paciente. El afecto incontrolado lleva a la impulsividad y sólo una vez que se controla este afecto se puede enfocar en las representaciones internas y en fortalecer el sentido de sí mismo del paciente.

El propósito y el desenlace real de una intervención son más importantes en el TBM que el tipo de intervención en sí. El objetivo principal de toda intervención tiene que ser reinstaurar la mentalización cuando se perdió o facilitar su mantenimiento en circunstancias en las que podría perderse o estarse perdiendo. Toda intervención que tenga éxito en estos objetivos se puede utilizar en el TBM. Como resultado de esto, el TBM adopta un enfoque más permisivo con respecto a las intervenciones que casi todas las demás modalidades de tratamiento; proporciona una pluralidad por lo que respecta a la técnica que podría explicar su difusión e interés para los profesionales de diferentes escuelas y también el grado limitado de capacitación que se necesita para que los profesionales comiencen a utilizarlo en el ejercicio cotidiano. No les pedimos a los profesionales que aprendan un nuevo modelo de psicoterapia desde el principio, sino que modifiquen su ejercicio actual enfocándose en la mentalización más que en las conductas, las cogniciones o la introspección. Sin embargo, les pedimos que establezcan una estrategia terapéutica específica y pongan en práctica una serie de pasos para tratar de involucrar al paciente en un proceso de mentalización, utilizando primero algunas técnicas de psicoterapia general como empatía, apoyo y esclarecimiento y cambiar luego a otras intervenciones específicamente ideadas para “resaltar” la relación de apego en condiciones controladas, lo cual comprende enfocarse en la relación paciente-terapeuta mediante la “mentalización de la transferencia”.

Estrategia terapéutica

La estrategia terapéutica de la mentalización del terapeuta debe comprender: a) humildad derivada de un sentido de “desconocer”; b) paciencia para tomarse el tiempo de identificar diferencias en las perspectivas; c) legitimizar y aceptar diferentes perspectivas; d) cuestionar activamente al paciente con respecto a su experiencia –preguntarle descripciones detalladas de la experiencia (“preguntas sobre qué”) más que explicaciones (“preguntas sobre por qué”); e) abstenerse a conciencia de la necesidad de comprender lo que no hace sentido (es decir, mencionando explícitamente que algo no está claro). Un componente importante de esta estrategia es la vigilancia de las propias fallas de mentalización como terapeuta. En este contexto, es importante tener presente que el terapeuta constantemente corre el riesgo de perder su capacidad de mentalización ante un paciente que no mentaliza. En consecuencia,

consideramos las órdenes esporádicas de los terapeutas como un factor concomitante aceptable de la alianza terapéutica, algo que simplemente tiene que reconocerse. Al igual que con otros casos de fallas en la mentalización, tales incidentes exigen que “se vuelva a reproducir el proceso y se analice el incidente”. Por consiguiente, en esta relación colaborativa entre paciente y terapeuta, los dos tienen una responsabilidad conjunta de comprender los procesos mentales en que se fundamentan los incidentes tanto dentro de la psicoterapia como fuera de ella.

Mentalización de la transferencia

Recomendamos tener precaución con el empleo de la interpretación de la transferencia en el tratamiento del TLP porque presupone un grado de capacidad de mentalización del paciente que a menudo no posee. Esto puede haber llevado a la insinuación de que “específicamente evitamos interpretar la transferencia” (27). No lo hacemos. De hecho, específicamente utilizamos la interpretación de la transferencia, damos indicadores sobre cuándo se puede utilizar y definimos minuciosamente seis componentes esenciales. Sin embargo, de igual modo recomendamos precaución a los profesionales primeramente sobre el propósito que suele externarse de interpretación de la transferencia, es decir, proporcionar introspección y en segundo lugar sobre los aspectos genéticos, como la vinculación de la experiencia actual al pasado, debido a sus posibles efectos yatrógenos.

Nuestro primer paso es la validación del sentimiento de transferencia, esto es, establecer la perspectiva del paciente. Desde luego esto no es lo mismo que estar de acuerdo con el paciente, pero debe ser evidente para este que el terapeuta por lo menos ha comprendido su punto de vista. El peligro del enfoque genético en la transferencia implícitamente podría invalidar la experiencia del paciente. El segundo paso es la exploración. Los incidentes que generaron los sentimientos de transferencia deben identificarse. Las conductas a las que están vinculados los pensamientos o los sentimientos deben hacerse explícitas, a veces con detalle doloroso. El tercer paso es que el terapeuta acepte la representación. La mayor parte de las experiencias del paciente en la transferencia posiblemente están basadas en la realidad, aun cuando tengan una conexión muy parcial con ella. Esto significa principalmente que el terapeuta ha sido llevado a la transferencia y ha actuado de alguna manera compatible con la percepción que el paciente tiene de él. Puede ser fácil atribuir esto al paciente, pero sería completamente inútil. Por lo contrario, el terapeuta debe inicialmente reconocer en forma explícita incluso las representaciones parciales de la transferencia como acciones voluntarias inexplicables que acepta como un vehículo, más que identificarlas como una distorsión del paciente. El dirigir la atención a tales componentes del terapeuta es muy importante para presentar al paciente el modelo de que se puede aceptar la sustitución de actos involuntarios y que tales actos no invalidan la actitud general que el terapeuta trata de transmitir. Sólo entonces se pueden analizar las distorsiones. El paso cuatro es la colaboración para llegar a una interpretación. Se debe abordar las interpretaciones de la transferencia con el mismo espíritu de colaboración que cualquier otra forma de mentalización interpretativa. La metáfora que utilizamos en la capacitación es que el terapeuta debe imaginarse sentado lado a lado con el paciente, no en frente de

él. Se sientan lado a lado analizando los pensamientos y los sentimientos del paciente, y cuando es posible adoptando la postura inquisitiva. El quinto paso consiste en que el terapeuta presente una perspectiva alternativa y el paso final estriba en vigilar minuciosamente la reacción del paciente así como la propia.

Recomendamos que estos pasos se lleven a cabo en forma sucesiva y hablamos sobre la mentalización de la transferencia para distinguir el proceso de la interpretación de la transferencia, que suele considerarse como una técnica para obtener el esclarecimiento. La mentalización de la transferencia es un término breve para fomentar en los pacientes que piensen sobre la relación en que están en el momento actual (la relación con el terapeuta) con el propósito de enfocar su atención en la mente del otro, la mente de un terapeuta, y ayudarlos a la tarea de contrastar su propia percepción de sí mismos con la forma en que son percibidos por otros, por el terapeuta o de hecho con miembros de un grupo terapéutico.

Si bien podríamos señalar las similitudes de los patrones de relaciones en el tratamiento y en la infancia o en los aspectos actualmente externos de la psicoterapia, el objetivo de esto no es proporcionar a los pacientes una explicación (introspección) de que podrían utilizar para controlar su patrón de comportamiento, sino mucho más simplemente resaltar otro fenómeno desconcertante que exige pensamiento y reflexión, parte de nuestra estrategia terapéutica general dirigida a facilitar la recuperación de la mentalización que vemos como el objetivo general del tratamiento.

EFICACIA DEL TRATAMIENTO BASADO EN LA MENTALIZACIÓN

En nuestro estudio inicial sobre el TBM (14) se comparó su eficacia en el contexto de un programa intrahospitalario parcial con la atención psiquiátrica general sistemática en pacientes con TLP. El tratamiento tuvo lugar en un servicio clínico sistemático y fue instaurado por personal psiquiátrico sin capacitación psicoterapéutica completa a quienes se les ofreció una supervisión por expertos. Los resultados demostraron que los pacientes en el programa de hospitalización parcial mostraron una disminución estadísticamente significativa en todos los criterios de valoración, en contraste con el grupo de referencia, que demostró un cambio limitado o deterioro durante el mismo período. La mejoría de los síntomas depresivos, la disminución de los actos de suicidio y automutilación, la disminución de los días de hospitalización y una mejor función social e interpersonal comenzaron después de seis meses y continuaron hasta el final del tratamiento a los 18 meses.

Los 44 pacientes que participaron en el estudio original fueron valorados a intervalos de tres meses después de concluir el estudio utilizando la misma serie de criterios de valoración (15). Los resultados demostraron que los pacientes que habían recibido tratamiento intrahospitalario parcial no sólo mantenían sus beneficios sustanciales, sino también demostraban una mejoría persistente y estadísticamente significativa en casi todos los criterios de valoración, en contraste con el grupo de referencia de los pacientes que mostraron sólo cambios escasos durante el mismo período. Debido a las mejoras continuas en la función social e interpersonal, estos hallazgos indican que se estimularon cambios de rehabilitación a más largo plazo.

Por último, se hizo lo posible por valorar los costes de asistencia sanitaria asociados al tratamiento intrahospitalario parcial en comparación con el tratamiento aplicado en los servicios psiquiátricos generales (28). La utilización de la asistencia sanitaria de todos los pacientes que participaron en el estudio fue valorada utilizando información de notas de casos y de proveedores de servicios. Se compararon los costes seis meses antes del tratamiento, durante los 18 meses del tratamiento y a un seguimiento de 18 meses. No se observaron diferencias de coste entre los grupos durante el período previo al tratamiento o del tratamiento. En el período de tratamiento, los costes del tratamiento intrahospitalario parcial fueron compensados por una menor atención psiquiátrica intrahospitalaria y una reducción en el tratamiento en el servicio de urgencias. Las tendencias de los costes a disminuir en el grupo experimental durante el seguimiento no se reprodujeron en el grupo de referencia, lo que indica que el tratamiento intrahospitalario parcial especializado del TLP no es más costoso que la atención psiquiátrica general y conlleva a ahorros de costes considerables después de concluir el tratamiento de 18 meses.

Todos los pacientes que participaron en el estudio del tratamiento intrahospitalario parcial ahora han cumplido un seguimiento de ocho años después de la aleatorización inicial (29). El criterio principal de valoración de este estudio de seguimiento a largo plazo fue el número de tentativas de suicidio. Sin embargo, en vista de la mejora limitada en relación con el ajuste social en los estudios de seguimiento, nos preocupamos por establecer si se las mejoras sociales e interpersonales observadas en un término de 36 meses se habían mantenido y si se habían logrado ventajas adicionales en el aspecto del logro vocacional en uno u otro grupo. Los pacientes tratados en el programa de TBM se mantuvieron mejor que los que recibieron el tratamiento habitual, pero, aunque mantuvieron sus ventajas iniciales al final del tratamiento, su función social general se mantuvo un poco alterada. No obstante, un número mayor de ellos se encontraban trabajando o formándose de tiempo completo que el grupo de comparación y sólo el 14% todavía cumplía con los criterios diagnósticos de TLP en comparación con el 87% de los pacientes del grupo de referencia que estuvieron disponibles para la entrevista.

En tiempo reciente se ha concluido otro ensayo aleatorizado comparativo sobre el TLM en un contexto de consulta externa (MBT-OP). Ciento treinta y cuatro pacientes fueron asignados de manera aleatoria a MBT-OP o a tratamiento clínico estructurado que representa el mejor procedimiento actual. Se observaron mejoras sustanciales en los dos trastornos en todas las variables. Los pacientes aleatorizados a MBT-OP mostraron una declinación más acentuada tanto de los problemas autonotificados como los clínicamente importantes, como las tentativas de suicidio y la hospitalización (30).

Se están realizando más estudios de investigación, incluidos los estudios aleatorizados comparativos efectuados en pacientes con trastornos por toxicomanías y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Asimismo, se ha llevado a cabo un estudio de replicación parcial del ensayo de hospitalización parcial original por un grupo independiente en los Países Bajos, el que muestra que son logrables resultados satisfactorios en los servicios psiquiátricos lejos de quienes fomentaron el tratamiento.

CONCLUSIONES

El TBM puede no ser radicalmente diferente de otras formas de intervención ampliamente instauradas por psicoterapeutas y otro personal psiquiátrico en los diversos contextos en los cuales se trata a los individuos con TLP. No afirmamos ninguna originalidad de la intervención. El TBM representa la instauración relativamente no adulterada de una combinación de procesos de desarrollo fácilmente identificados en todas nuestras historias clínicas: a) el establecimiento de una relación intensa (apego) basada en tentativas de involucrar a los pacientes en un proceso de comprensión de sus estados mentales y b) la representación coherente de sus sentimientos y pensamientos, de manera que los pacientes puedan identificarse a sí mismos pensando y sintiendo en el contexto de enlaces poderosos y altos grados de activación emocional. A su vez, la recuperación de la mentalización ayuda a los pacientes a regular sus pensamientos y sentimientos, lo cual vuelve entonces una posibilidad realista las relaciones y la autorregulación.

Aunque propondríamos haber identificado un método específico que hace posible la implantación de este proceso terapéutico, no pretendemos ninguna originalidad. Muchas situaciones posiblemente traigan consigo cambios sintomáticos en la personalidad por este mecanismo y de ahí nuestra permisividad de la técnica. La meta de investigaciones futuras será identificar métodos cada vez más eficaces y rentables para generar cambios en este grupo excesivamente problemático.

Bibliografía

1. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B et al. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry* 2002;51:936-50.
2. Schneider B, Schnabel A, Wetterling T et al. How do personality disorders modify suicide risk? *J Person Disord* 2008;22:233-45.
3. Swartz M, Blazer D, George L et al. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Person Disord* 1990;4:257-72.
4. Moran P, Jenkins R, Tylee A. The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102: 52-7.
5. Chanen AM, Jovev M, Jackson HJ. Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2007;68:297-306.
6. Ruiter C, Greeven P. Personality disorders in a Dutch forensic psychiatric sample: convergence of interview and self-report measures. *J Person Disord* 2000;14:162-70.
7. Blackburn R, Crellin M, Morgan E et al. Prevalence of personality disorders in a special hospital population. *J Forens Psychiatry* 1990;12:43-52.
8. Leslie AM. Pretense and representation. The origins of 'theory of mind'. *Psychol Rev* 1987;94:412-26.
9. Fonagy P. On tolerating mental states: theory of mind in borderline patients. *Bulletin of the Anna Freud Centre* 1989;12:91-115.
10. Allen JG. *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Chichester: Wiley, 2001.
11. Skarderud F. Eating one's words, Part III: Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa. An outline for a treatment and training manual. *Eur Eat Disord Rev* 2007;15:323-39.
12. Allen J, Bleiberg E, Haslam-Hopwood T. Mentalizing as a compass for treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic* 2003;67:1-11.
13. Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalisation based treatment*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
14. Bateman A, Fonagy P. The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder - a randomised controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999;156:1563-9.
15. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalisation: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001;158:36-42.
16. Stern A. Psychoanalytic investigation and therapy in borderline group of neuroses. *Psychoanal Quarterly* 1938;7:467-89.
17. Stern A. Psychoanalytic therapy in the borderline neuroses. *Psychoanal Quarterly* 1945;14:190-8.
18. Lyons-Ruth K, Yellin C, Melnick S et al. Expanding the concept of unresolved mental states: hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Dev Psychopathol* 2005;17.
19. Sroufe LA, Egeland B, Carlson E et al. *The development of the person: the Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford, 2005.
20. Battle CL, Shea MT, Johnson DM et al. Childhood maltreatment associated with adult personality disorder: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *J Person Disord* 2004;18:193-211.
21. Crandell L, Patrick M, Hobson RF. 'Still-face' interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants. *Br J Psychiatry* 2003;183:239-47.
22. Posner MI, Rothbart MK, Vizueta N et al. Attentional mechanisms of borderline personality disorder. *Proc Natl Acad Sci USA* 2002; 99:16366-70.
23. Levy KN. The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Dev Psychopathol* 2005;17:959-86.
24. Weinfield N, Sroufe LA, Egeland B. Attachment from infancy to early adulthood in a high risk sample: continuity, discontinuity and their correlates. *Child Development* 2000;71:695-702.
25. Fonagy P, Bateman A. Progress in the treatment of borderline personality disorder. *Br J Psychiatry* 2006;188:1-3.
26. Bateman A, Fonagy P. *Mentalization based treatment: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
27. Gabbard G. When is transference work useful in dynamic psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2006;163:1667-9.
28. Bateman A, Fonagy P. Health service utilisation costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalisation versus general psychiatric care. *Am J Psychiatry* 2003;160:169-71.
29. Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry* 2008;165:631-8.
30. Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009; 166:1355-64.

La detección y el tratamiento de la depresión en el paciente con enfermedades somáticas

DAVID GOLDBERG

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

La depresión y las enfermedades somáticas crónicas tienen una relación recíproca entre sí: muchas enfermedades crónicas no sólo causan tasas más elevadas de depresión, sino que se ha demostrado que ésta antecede a algunas de las enfermedades somáticas crónicas. La depresión asociada a las enfermedades físicas se detecta con menos frecuencia que la que se presentan sola y se han descrito diversas formas de mejorar tanto la detección como el tratamiento de la depresión que acompaña a las enfermedades físicas. En este artículo de cuatro partes, en la primera se aborda la evidencia de la depresión y su relación especial con los trastornos físicos, la segunda trata de la detección de la depresión en los pacientes con enfermedades somáticas, la tercera con el tratamiento de la depresión y la cuarta se ocupa de describir las ventajas de tratar la depresión en los pacientes con enfermedades físicas.

Palabras clave: Depresión, enfermedades somáticas crónicas, estudios prospectivos, atención colaborativa, mejor detección.

(World Psychiatry 2010; 9:16-20)

La depresión en las personas con enfermedades físicas crónicas constituye un problema de salud pública importante y posiblemente es pasada por alto por los profesionales que atienden a los pacientes con enfermedades físicas. Esto se debe a que el personal sanitario comprensiblemente se ocupa del trastorno orgánico que suele ser el motivo de la consulta y puede no percatarse de la depresión concomitante. Sin embargo, la depresión no tratada es una causa de mucho sufrimiento innecesario y está demostrado que el tratamiento eficaz disminuye la discapacidad, prolonga la supervivencia y aumenta la calidad de vida.

PRUEBAS DE UNA RELACIÓN ESPECIAL

Incidencia y prevalencia de la depresión en los pacientes con enfermedades físicas

La prevalencia de la depresión es significativamente más elevada en personas con enfermedades físicas tanto en EE UU, (1) como en otros países (2). El estudio estadounidense comparó la prevalencia de la depresión en un año en 10.500 pacientes con enfermedades crónicas con 19.460 testigos sanos de edad equivalente y demostró que como grupo el primero tenía una posibilidad casi tres veces mayor de presentar depresión: las oportunidades relativas (OR) fueron 2,6 (IC 2,31-2,94). Las tasas de depresión se duplicaban en caso de diabetes, hipertensión, arteriopatía coronaria e insuficiencia cardíaca y se triplicaban cuando había insuficiencia renal terminal, neumoopatía obstructiva crónica o enfermedad cerebrovascular (1). Se comunicaron resultados en general similares en el estudio internacional sobre la prevalencia a un año de la depresión en 245.400 pacientes de 60 países: en este estudio las personas con dos o más trastornos físicos crónicos experimentaban una prevalencia de depresión del 23%, en tanto que los testigos sanos sólo comunicaban la depresión en 3,2% de los casos (2).

Los pacientes con depresión y trastornos por ansiedad concomitantes –quienes por definición tienen un mayor número de síntomas que los trastornos depresivos o por ansiedad en sí mismos– tienen una relación más intensa con las enfermedades físicas crónicas que aquellos con depresión o ansiedad o ansiedad por sí solas (3).

Enfermedades somáticas como causa de la depresión

Dos estudios de cohortes prospectivas demográficos observaron que las enfermedades somáticas constituían un factor de riesgo para la aparición subsiguiente de la depresión. En un estudio realizado por Patten y cols. (4) se realizó un seguimiento a 2 años en 11.859 personas que no habían tenido depresión al inicio y se observó que un 3,5% habían presentado un nuevo episodio de un trastorno depresivo mayor. Las enfermedades somáticas fueron un factor de riesgo para la aparición de tal trastorno depresivo (OR = 2,5; IC, 1,3-4,6). El riesgo fue similar para una amplia gama de enfermedades orgánicas, es decir, hipertensión, asma, artritis y reumatismo, dorsalgia, diabetes, cardiopatía y bronquitis crónica. En un estudio efectuado por Smit y cols., (5) en una población de 4.664 personas que nunca habían tenido un trastorno depresivo, el 2,7% de la población había presentado depresión después de un año. La presentación de dos o tres enfermedades (migraña, problemas respiratorios o abdominales) pronosticó la aparición ulterior del trastorno depresivo (RR para nuevos casos de 2,85) después del ajuste con respecto a factores de confusión.

En las poblaciones clínicas, el año subsiguiente al diagnóstico de cáncer (6) y después de la primera hospitalización con un ataque cardíaco (7), fueron factores que se asociaron a una tasa muy elevada de depresión o ansiedad de aparición reciente: aproximadamente un 20%. Asimismo, hubo pruebas congruentes de que la depresión era una consecuencia de la cardiopatía coronaria, el accidente cerebrovascular y de la infección por VIH o SIDA (8).

Existen por lo menos tres formas distintivas por las que una enfermedad somática crónica produce depresión.

En primer lugar, el número de dolores diferentes que un individuo experimenta es directamente proporcional a la prevalencia de la depresión: en el estudio realizado por Dworkin y cols. (9), los pacientes que recibían atención primaria que tenían un solo dolor no mostraban un riesgo más elevado de depresión, los que tenían dos dolores presentaban el doble del riesgo pero los que tenían tres o más presentaban un riesgo cinco veces más elevado. El dolor, a su vez, produce ansiedad

emocional y dificultades en el sueño, independientemente de que tenga una causa conocida (10).

En segundo lugar, las enfermedades físicas crónicas conllevan el riesgo de discapacidad y esto puede ser muy deprimente para un adulto que previamente ha estado sano. Por ejemplo, Prince y cols. (11) mostraron que la fracción de discapacidad o minusvalía atribuible a la población para la prevención del inicio de depresión en los ancianos no era menor de 0,69 y Ormel y cols. (12) han comunicado hallazgos similares (12).

En tercer lugar, hay cambios físicos en algunas enfermedades que pueden subyacer a la desaparición de la enfermedad, por ejemplo, las modificaciones en la carga alostática. La alostasis designa la capacidad del cuerpo para adaptarse a los estados de estrés. Es un proceso dinámico y adaptativo. La lesión de los tejidos, las enfermedades degenerativas (como la artritis) y las tensiones cotidianas aumentan la carga alostática y pueden desencadenar cambios inflamatorios que producen sustancias como bradicinina, prostaglandinas, citocinas y quimiocinas. Estas sustancias median la reparación y la cicatrización de los tejidos, pero también hacen las veces de irritantes que producen sensibilización periférica de neuronas sensoriales, las cuales, a su vez, activan las vías del dolor central (3). En el accidente cerebrovascular —sobre todo del lado izquierdo— la isquemia cerebral puede favorecer la aparición de la depresión y en las demencias degenerativas los mismos procesos contribuyen a tasas de depresión más elevadas.

Otras características de las enfermedades físicas que pueden desencadenar la depresión son la desfiguración, la necesidad de someterse a estudios diagnósticos estresantes y el temor a la muerte inminente.

Depresión como causa de enfermedad física

Una enfermedad depresiva también antecede a un nuevo episodio de enfermedad física. Los análisis sistemáticos de 11 estudios de cohortes prospectivas en poblaciones sanas demostraron que la depresión pronosticaba la aparición ulterior de cardiopatía coronaria en todos ellos (OR, 1,18 a 5,4; mediana = 2,05; para los episodios cardiovasculares nuevos, después del ajuste con respecto a los factores de riesgo habituales: OR = 1,90; IC del 95% = 1,48-2,42) (14, 15). Tres estudios prospectivos han demostrado que la depresión constituye un factor de riesgo independientemente en el accidente cerebrovascular (16-18).

En estudios demográficos de cohortes prospectivas se ha demostrado que la depresión pronostica la aparición ulterior del cáncer colorrectal (19), dorsalgia (20-22), síndrome de intestino irritable (23) y esclerosis múltiple (24). Hay algunos datos indicativos de que la depresión puede anteceder a la aparición de la diabetes de tipo 2 (8). Prince y cols. (8) aducen que existen pruebas contundentes que señalan que la depresión desencadena trastornos físicos en la cardiopatía coronaria y el accidente cerebrovascular y que la depresión en el embarazo es causa de retraso del lactante y mortalidad infantil.

Los siguientes mecanismos son algunos por los cuales la depresión puede causar afecciones somáticas. En primer lugar, los incrementos de las citocinas proinflamatorias en la depresión y el incremento de la reactividad adrenocortical pueden desencadenar aterosclerosis y, en consecuencia, un aumento del riesgo de accidente cerebrovascular lo mismo que de arte-

riopatía coronaria. En segundo lugar, los cambios autonómicos en la depresión pueden causar cambios electrocardiográficos que favorecen el desarrollo de la cardiopatía coronaria. En tercer lugar, los cambios inmunitarios que se presentan durante la depresión pueden ser relevantes: comprenden un aumento de las cifras de leucocitos y un incremento relativo en las de los neutrófilos, aumentos de los criterios de activación inmunitaria y una supresión de la proliferación de linfocitos provocada por mitógeno, con una disminución de los linfocitos citolíticos naturales (NK) (25). Los cambios en los linfocitos naturales y los linfocitos T en la depresión también conducen a una menor resistencia al SIDA en las infecciones por VIH. Menkes y McDonald (26) han aducido que los interferones exógenos producen depresión y un aumento de la sensibilidad al dolor en individuos susceptibles, al suprimir la disponibilidad de triptófano y por tanto la síntesis de serotonina.

Consecuencias de la depresión que acompañan a las enfermedades somáticas

Prince y cols. (8) aducen que hay pruebas convincentes de que la depresión afecta al pronóstico en la cardiopatía coronaria, el accidente cerebrovascular y la diabetes.

La depresión produce una esperanza de vida más breve (27) y por tanto podría esperarse que el tratamiento prolongase la vida. Sin embargo, no se han realizado los estudios necesarios para demostrar esto ya que se necesitarían períodos de seguimiento prolongados acompañados del tratamiento prolongado de la depresión y al grupo testigo se le negaría tal tratamiento. Di Matteo y cols. (28) en un metanálisis de factores relacionados con la falta de cumplimiento del tratamiento, observaron que los pacientes deprimidos tenían una posibilidad tres veces más elevada de no cumplir con las recomendaciones terapéuticas que los pacientes no deprimidos, lo que señala que puede tener ventajas efectivas en el tratamiento de la depresión en las personas con enfermedades físicas. En la cardiopatía, van Melle y cols. (29) demostraron que la depresión concomitante conlleva un riesgo de muerte de más del doble.

A medida que aumenta la gravedad de la depresión, disminuye la calidad de vida subjetiva. Uno de los motivos para perseverar en el tratamiento activo de la depresión es que, aun cuando no mejore el pronóstico para la supervivencia, la calidad de esta aumentará considerablemente. En un estudio extenso realizado por Moussavi y cols. (2) se observaron calificaciones de salud muy bajas en las personas con depresión y enfermedades somáticas concomitantes.

DETECCIÓN DE LA DEPRESIÓN QUE ACOMPAÑA A LAS ENFERMEDADES SOMÁTICAS

La depresión en las personas con enfermedades físicas se define de la misma manera que la depresión que ocurre por sí sola. Por consiguiente, se recomiendan medidas de detección de descubrimiento de casos estándar como la PHQ-9 (30) o la escala hospitalaria de la ansiedad y la depresión (31) a fin de detectar la depresión en todos los casos.

Sin embargo, varios de los síntomas definitorios de depresión tanto en el DSM como en la clasificación ICD a veces son producidos por el trastorno físico más que por la enfer-

medad depresiva –por ejemplo, falta de energía, pérdida de peso o pérdida del apetito y trastorno del sueño-. Cuando los psiquiatras entrevistan a pacientes con enfermedades físicas, no suelen comunicar dificultades para ignorar estos síntomas si piensan que el trastorno físico puede estar causándolos. Sin embargo, cuando otro personal sanitario valora a los pacientes, la presentación de estos síntomas probablemente sea causa de confusión si el número crítico de síntomas para justificar un diagnóstico de depresión se aplica de una manera rígida.

Se ha demostrado que los médicos generales del Reino Unido tienen mucho menos posibilidades de detectar la depresión en los pacientes con enfermedades somáticas que en los pacientes físicamente sanos: las tasas de detección fueron 24% y 95%, respectivamente (32).

Es posible utilizar una serie reducida de síntomas que no comprenden los ya mencionados y de todas maneras lograr un grado elevado de acuerdo con los investigadores utilizando toda la serie de nueve síntomas. Esto es afortunado, ya que muchos profesionales no psiquiátricos tienen dificultades para recordar toda la lista de síntomas. Zimmerman y cols. (33) demostraron que una serie de sólo cinco síntomas es suficiente: depresión del estado de ánimo, escaso interés, sensación de falta de valía, concentración deficiente e ideas de muerte. Se han reproducido estos importantes hallazgos (34).

Es probable que si los internistas y los médicos familiares fuesen estimulados para utilizar esta escala modificada, la tasa

de detección de depresión en las enfermedades físicas crónicas aumentaría bastante. Los criterios son más fáciles de recordar, pero casi igualmente válidos que la lista más larga y con mucho menos posibilidades de ser ocasionados por enfermedades somáticas. En los países en vías de desarrollo, en los que enfermeras, médicos ayudantes y personal sanitario con múltiples funciones a menudo se encargan de la detección de casos, y cuando incluso el personal médico puede no estar capacitado para detectar la depresión, la propuesta tiene incluso más méritos.

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN QUE ACOMPAÑA A LAS ENFERMEDADES SOMÁTICAS

El modelo de atención escalonada constituye un marco de referencia para organizar la prestación de servicios que brinden apoyo tanto a pacientes como a cuidadores y al personal sanitario para identificar y tener acceso a las intervenciones más eficaces (Figura 1). El objetivo del programa de atención por pasos radica en proporcionar primeramente la intervención más eficaz y menos intrusiva y fomentar la organización y la implantación de asistencia de tal manera que sea comprensible para los pacientes y los cuidadores lo mismo que para los profesionales.

Gilbody y cols. (35) definieron la asistencia colaborativa como aquella en la que el médico de atención primaria mantiene una responsabilidad global por el paciente pero hay un coordinador del caso que realiza el seguimiento a los pacientes

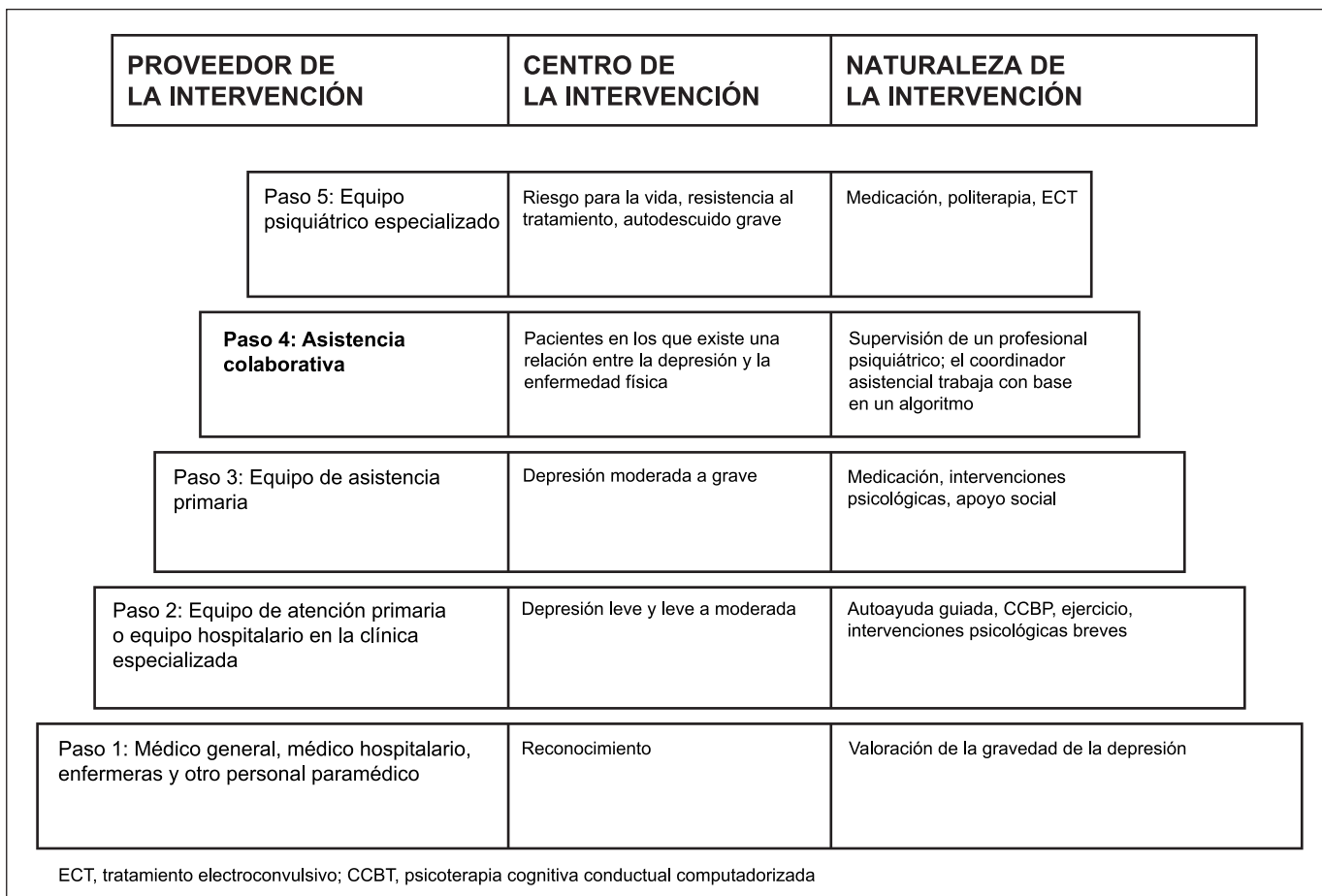


Figura 1. El modelo de asistencia, escalonada, que muestra el lugar de la asistencia colaborativa.

y valora el cumplimiento del tratamiento, y un especialista en salud mental (psiquiatra o psicólogo clínico) que brinda apoyo y asesoría al médico. Observaron que no sólo existen pruebas de que la asistencia colaborativa es eficaz para reducir los síntomas de depresión en quienes tienen enfermedades físicas, sino que también están surgiendo pruebas de que tal modelo puede ser rentable.

Una asistencia colaborativa exige: a) un coordinador de la intervención específicamente asignado a un equipo multidisciplinar y que reciba el apoyo de éste; b) determinación conjunta del plan de asistencia; c) coordinación y seguimiento a largo plazo; d) coordinación de la asistencia sanitaria mental y física.

Las personas con depresión menos grave pueden ayudarse con una vigilancia activa combinada con otras intervenciones, como higiene del sueño y programas de actividades físicas organizadas. Las actividades físicas deben modificarse para tomar en cuenta cualquier discapacidad física y pueden tener lugar sea en forma individual o en grupos con sesiones semanales durante un período de 12 semanas. Otras modalidades de tratamiento basadas en los principios comportamentales cognitivos comprenden los programas de autoayuda basados en el individuo y la psicoterapia comportamental cognitiva computadorizada (CCBT).

La psicoterapia comportamental cognitiva (CBT), o componentes de la misma denominados activación comportamental, constituyen el tratamiento de elección para quienes prefieren y cuentan con terapeutas calificados adecuadamente. Estos tratamientos pueden aplicarse en pequeños grupos de pacientes con problemas de salud física similares durante unas ocho semanas, o en forma individual aplicados hasta por 18 semanas con sesiones de refuerzo adicionales en los siguientes 12 meses.

No hay pruebas satisfactorias de que un antidepresivo sea superior a otro en el tratamiento de la depresión en las personas con enfermedades somáticas y tal vez el aspecto más importante a tomar en cuenta al escoger un antidepresivo para estos pacientes son las características del tratamiento que se está administrando por la enfermedad física. Cabe recordar que la sertralina es el antidepresivo de elección junto con los betabloqueantes, y la sertralina, la mirtazapina, la moclobemida o la mianserina, constituyen los fármacos de elección en las arritmias cardíacas.

Se recomiendan los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como el tratamiento farmacológico de primera opción en la mayoría de los pacientes con enfermedades somáticas, pero no se debe utilizar en la migraña tratada con agonistas de 5HT (p. ej., sumatriptano o zolmitriptano), donde aumentan el riesgo de efectos tóxicos sobre el sistema nervioso central (SNC) y de efectos serotoninérgicos, ni con la ergotamina, con la que incrementan el riesgo de síndrome serotoninérgico. Asimismo, están contraindicados en la enfermedad de Parkinson tratada con inhibidores de la MAO-B como la selegilina o la rasagilina, debido al mayor riesgo de excitación del SNC e hipertensión.

Se debe evitar la venlafaxina, la fluvoxamina y la duloxetina en el tratamiento de las arritmias cardíacas; la hipertensión tratada con beta-bloqueantes, metildopa e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, y la migraña tratada con antagonistas de 5HT₁. Además, se ha de evitar la venlafaxina cuando las infecciones víricas se están tratando con indinavir, debido a la disminución de las concentraciones plasmáticas. No se recomienda la trazodona en quienes reciben digoxina

por insuficiencia cardíaca, ya que aumenta sus concentraciones plasmáticas. Se debe evitar la mianserina junto con los fármacos que se utilizan para el cáncer, incluidos los fármacos citotóxicos, los antiproliferantes y los inhibidores de la proteína cinasa, y también en casos de trasplantes de órganos tratados con inmunosupresores. Se debe evitar la reboxetina en conjunto con diuréticos tiazídicos como la bendroflumetiazida, debido al riesgo de hipopotasemia. Asimismo, se ha de evitar en el tratamiento de las infecciones bacterianas con eritromicina o claritromicina. Los antidepresivos antiguos, como los tricíclicos y los inhibidores de la MAO así como el hipérico han de evitarse en los pacientes con enfermedades físicas, ya que todos conllevan una amplia gama de interacciones con otros fármacos.

VENTAJAS DEL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN QUE ACOMPAÑA A LAS ENFERMEDADES SOMÁTICAS CRÓNICAS

Aunque en general se comunica que los efectos favorables sobre la depresión, los estudios aleatorizados por lo general no han demostrado un efecto notable del tratamiento de la depresión sobre la cardiopatía concomitante (36, 37) o la diabetes (38, 39). Un análisis sistemático de la asistencia intensiva y colaborativa de la depresión en las personas con enfermedades físicas llevó a la conclusión de que, basándose en un metanálisis, la depresión puede tratarse en forma eficaz pero al parecer no hay pruebas convincentes de que tal tratamiento mejore los desenlaces físicos (40, 41).

El tratamiento de la depresión tiene otros efectos favorables sobre otros desenlaces además de los signos de depresión. Simon y cols., (42) demostraron mejoras en el funcionamiento social y emocional y en la discapacidad en un grupo combinado de trastornos físicos crónicos en la atención primaria. Mohr y cols., (43) demostraron mejoras tanto en la discapacidad como en la fatiga con una intervención de psicoterapia cognitiva conductual para la depresión en pacientes con esclerosis múltiple. Lin y cols., (44) demostraron que el tratamiento de la depresión en los pacientes con artritis producía mejoras en el dolor relacionado con la artritis y en los desenlaces funcionales y un mejor estado de salud general y calidad de vida global. Von Korff (45) aduce que según todos los indicios, además de reducir los síntomas depresivos, el tratamiento de la depresión es eficaz para reducir la discapacidad funcional.

A medida que aumenta la gravedad de la depresión, disminuye la calidad de vida subjetiva. Uno de los motivos para perseverar en el tratamiento activo de la depresión es que aun cuando sea desfavorable el pronóstico para la supervivencia, de cualquier manera puede mejorarse la calidad de vida.

Agradecimientos

Este artículo está basado en una investigación realizada por el autor y sus colaboradores para el National Institute for Clinical Excellence

(NICE) o el gobierno del Reino Unido. La directriz completa de NICE puede encontrarse en <http://guidance.nice.org.uk/CG91>.

Bibliografía

- Egede LE. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *Gen Hosp Psychiatry* 2007;29:409-16.
- Moussavi S, Chatterji S, Verdes W et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007;370:852-8.
- Scott KM, Bruffaerts R, Tsang A et al. Depression – anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the World Mental Health surveys. *J Affect Disord* 2007;103:113-20.
- Patten SB. Long-term medical conditions and major depression in a Canadian population study at waves 1 and 2. *J Affect Disord* 2001;63:35-41.
- Smit F, Beekman A, Cuijpers P et al. Selecting key variables for depression prevention: results from a population-based prospective epidemiological study. *J Affect Disord* 2004;81:241-9.
- Burgess C, Cornelius V, Love S et al. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ* 2005;330:702.
- Dickens CM, Percival C, McGowan L et al. The risk factors for depression in first myocardial infarction patients. *Psychol Med* 2004;34:1083-92.
- Prince M, Patel V, Saxena S et al. No health without mental health. *Lancet* 2007;370:879-83.
- Dworkin S, von Korff M, LeResche L. Multiple pains, psychiatric and psychosocial disturbance: an epidemiologic association. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:1025-37.
- von Korff M, Simon G. The relationship between pain and depression. *Br J Psychiatry* 1996;30:101-8.
- Prince M, Harwood RH, Blizard RA et al. Impairment, disability and handicap as risk factors for late life depression. *Psychol Med* 1998;27:311-21.
- Ormel J, Kempen GI, Penninx BW et al. Chronic medical conditions and mental health in old people. *Psychol Med* 1997;27:1065-7.
- Rittner HL, Brack A, Stein C. Pro-algesic and analgesic actions of immune cells. *Curr Opin Anaesthesiol* 2003;16:527-33.
- Hemingway H, Marmot M. Evidence based cardiology: psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease. Systematic review of prospective cohort studies. *BMJ* 1999;318:1460-7.
- Nicholson A, Kuper H, Hemingway H. Depression as an aetiological and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. *Eur Heart J* 2006;27:2763-74.
- Everson SA, Roberts RE, Goldberg DE et al. Depressive symptoms and increased risk of stroke mortality in a 29 year period. *Arch Intern Med* 1998;158:1133-8.
- Ohira T, Iso H, Satoh H et al. Prospective study of stroke among Japanese. *Stroke* 2001;32:903-8.
- Larson SL, Owens PL, Ford D et al. Depressive disorder, dys-thymic disorder and risk of stroke. 13 year follow up study from Baltimore ECA study. *Stroke* 2001;32:1979-83.
- Kroenke CH, Bennett GG, Fuchs C et al. Depressive symptoms and prospective incidence of colorectal cancer in women. *Am J Epidemiol* 2005;162:839-48.
- Larson SL, Clark MR, Eaton WW. Depressive disorder as a long-term antecedent risk factor for incident back pain: a 13-year follow-up study from the Baltimore Epidemiological Catchment Area sample. *Psychol Med* 2004;34:211-9.
- Jarvik JG, Hollingworth W, Heagerty PJ et al. Three-year incidence of low back pain in an initially asymptomatic cohort: clinical and imaging risk factors. *Spine* 2005;30:1541-8.
- Reid MC, Williams CS, Concato J et al. Depressive symptoms as a risk factor for disabling back pain in community-dwelling older persons. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:1710-7.
- Ruigómez A, Rodríguez LA, Panes J. Risk of irritable bowel syndrome after an episode of bacterial gastroenteritis in general practice. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007;5:465-9.
- Grant I, McDonald I, Patterson T et al. Multiple sclerosis. In: Brown GW, Harris T (eds). *Life events*. London: Unwin, 1989:295-312.
- Irwin M. Immune correlates of depression. *Adv Exper Med Biol* 1999;461:1-24.
- Menkes DB, McDonald JA. Interferons, serotonin and neuro-toxicity. *Psychol Med* 2000;30:259-68.
- Evans DL, Charney DS, Lewis L et al. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry* 2005;58:175-89.
- Di Matteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for non-compliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Ann Intern Med* 2000;160:2101-7.
- van Melle JP, de Jonge P, Spijkerman TA et al. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2004; 66:814-22.
- Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression and diagnostic severity measure. *Psychiatr Ann* 2002;32:509-21.
- Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
- Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res* 1985;29:563-9.
- Zimmerman M, Chelminski I, McGlinchey JB et al. A clinically useful depression outcome scale. *Compr Psychiatry* 2008;49:131-40.
- Andrews G, Anderson TM, Slade T et al. Classification of anxiety and depressive disorders: problems and solutions. *Depress Anxiety* 2008;25:274-81.
- Gilbody S, Bowers P, Gask L. Is collaborative care effective for depression in the presence of physical illness? *Psychol Med* (in press).
- Glassman AH, O'Connor CM, Califf RM et al. Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina. *JAMA* 2002;288:701-9.
- Berkman LF, Blumenthal J, Burg M et al. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction. The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICHD) randomised trial. *JAMA* 2003;289:3106.
- Williams JW, Katon W, Lin E et al. The effectiveness of depression care management on depression and diabetes related outcomes in older patients with both conditions. *Ann Intern Med* 2004;140:1015-24.
- Katon W, Unutzer J, Fan MY et al. Cost-effectiveness and net benefit of enhanced treatment for depression for older adults with diabetes and depression. *Diabetes Care* 2006;29:265-70.
- Bower P, Gilbody S, Richards D. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *Br J Psychiatry* 2006;189:484-93.
- Christensen H, Griffiths KM, Gulliver A. Models in the delivery of depression care: a systematic review of randomised and controlled intervention trials. *BMC Family Practice* 2008;9:25.
- Simon GE, von Korff M, Lin E. Clinical and functional outcomes of depression treatment in patients with and without chronic medical illness. *Psychol Med* 2005;35:271-9.
- Mohr DC, Hart S, Vella L. Reduction in disability in a randomized controlled trial of telephone-administered cognitive-behavioral therapy. *Health Psychol* 2007;26:554-63.
- Lin EHB, Katon W, von Korff M et al. Effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;290:2428-34.
- von Korff M, Scott K, Gureje O. Mind, body and health: global perspectives in mental disorders and physical illness from the WHO World Mental Health Surveys. Manuscript in preparation.

¿Son los psiquiatras una especie en peligro de extinción? Observaciones sobre los retos internos y externos que afronta la psiquiatría

HEINZ KATSCHNIG

Medical University of Vienna and Ludwig Boltzmann Institute for Social Psychiatry, Lazarettgasse 14A-912, A-1090, Vienna, Austria

Tomando en cuenta las preocupaciones recién manifestadas en torno a una crisis en la psiquiatría, se identifican y se analizan seis retos para nuestra profesión. Conforme nos acercamos a las actualizaciones de la ICD-10 y el DSM-IV, la validez de las definiciones diagnósticas de la psiquiatría y los sistemas de clasificación cada vez se cuestiona más también desde el interior de la psiquiatría. Además, está disminuyendo la confianza en los resultados de los estudios de intervenciones terapéuticas. Otro desafío es la existencia de grupos de facto con ideologías opuestas, una situación que es causa de un perfil funcional no claro del psiquiatra. Los retos externos comprenden las críticas cada vez mayores de pacientes y cuidadores, la intrusión de otras profesiones en campo de competencia tradicional de la psiquiatría y la baja posición de la psiquiatría en la medicina y en la sociedad en general. Los estudios señalan que la declinación de interesados en el estudio de la psiquiatría, según se observa en muchos países, podría estar relacionada con problemas originados por estas dificultades. No está claro si la psiquiatría sobrevivirá como una disciplina médica unitaria o si los segmentos que son más satisfactorios, tanto desde el punto de vista económico como de posición social, se desvanecerán y quedarán las tareas no atractivas que llevará a cabo lo que quede de la psiquiatría. La desaparición del generalista y el encumbramiento del especialista en la sociedad moderna tal vez contribuyen a esta situación. Los organismos profesionales están haciendo lo posible por definir el perfil de un «psiquiatra general». Tales descripciones deben complementarse con un análisis de los incentivos que contribuyen a las tendencias centrífugas en psiquiatría.

Palabras clave: Futuro de la psiquiatría, diagnóstico, tratamiento, crítica de pacientes y cuidadores, competencia profesional.

(*World Psychiatry* 2010;9:21-28)

En la edición de 2009 del Libro de Texto de Psiquiatría de New Oxford, donde se presenta la disciplina de una manera impresionante en más de 2000 páginas, P. Pichot, ex Presidente de la WPA y experto muy reconocido en la historia de la psiquiatría, dedica los últimos párrafos de su capítulo «Historia de la psiquiatría como una especialidad de la medicina» al análisis de una potencial crisis en psiquiatría. Llega a la conclusión de que la psiquiatría tiene el riesgo de incorporarse en otras especialidades de la medicina o quedarse privada de su carácter médico (1). En las revistas científicas psiquiátricas, se está analizando la cuestión de si es conveniente y de qué manera «sobrevivirá en la segunda mitad del siglo XXI» (2), y se está describiendo la existencia de «considerable pesimismo y un sentido de aprehensión entre los psiquiatras» (3). En muchos países se informa sobre una escasez de psiquiatras (4,5). Se ha planteado la duda de si la psiquiatría debiera «existir» (6). Y nuestros colegas neurólogos nos recomiendan abandonar el término «enfermedad mental» y reemplazarlo con «enfermedad del cerebro» (7).

¿Qué hay inherente a estos mensajes? ¿Están indicando sólo perspectivas personales o problemas locales? Esto es improbable. ¿Por qué la WPA habría iniciado recientemente actividades y

proyectos en temas como la estigmatización de la psiquiatría y los psiquiatras, promoviendo la opción de la psiquiatría como una carrera para los estudiantes de medicina y mejorando la perspectiva para quienes comienzan su especialización en psiquiatría (8,9)?

Así que 200 años después de su nacimiento (10), ¿hay algo erróneo con la psiquiatría? Y si tal es el caso, ¿qué es? A fin de esclarecer algo este problema, he escuchado las opiniones de otros, analizado mis propios 40 años como psiquiatra y he buscado en la bibliografía signos de una crisis, incluida la bibliografía sobre las profesiones en general.

La psiquiatría como una profesión puede verse con la óptica de la sociología de las profesiones, que analiza la relación de las profesiones con la sociedad en general. En épocas de crisis, esto puede complementar útilmente las perspectivas internas de las profesiones en sí, que tienden a enfocarse en la relación entre la profesión y sus clientes, incluidos los sistemas de valores profesionales que definen esta relación (11). Desde la perspectiva de la sociología, las profesiones en general se caracterizan por: a) poseer un conjunto especializado de conocimientos y destrezas que definen el campo de competencia y el alcance de los posibles clientes, incluida la delimitación con respecto a otras profesiones;

b) contar con una posición encumbrada en la sociedad (a través de satisfacciones económicas y de otra naturaleza); c) el otorgamiento de autonomía (y por tanto poder) por la sociedad, por ejemplo, para incorporar y excluir miembros; d) el tener la obligación, en compensación por lo anterior, para garantizar normas de gran calidad al brindar servicios (ser «profesional») y observar las reglas éticas (12,13).

Describiré seis retos que guardan relación con los primeros dos criterios mencionados: tres retos «internos», que básicamente se refieren a la confianza decreciente sobre la base de conocimientos de la psiquiatría y a la falta de una base teórica coherente; y tres «externos», que comprenden la insatisfacción de los pacientes, la competencia de otras profesiones y la imagen negativa de la psiquiatría. Indudablemente hay otros problemas —como la intervención creciente del estado y de los seguros, que piden que se mejore la calidad asistencial pese a las restricciones crecientes— pero que se ocupan principalmente de la medicina como un todo y no se describirán en el presente artículo.

RETOS INTERNOS

Disminución de la confianza en la base de conocimientos: diagnóstico y clasificación

Las categorías de las enfermedades y su clasificación constituyen el principio organizador común de casi todos los aspectos de la medicina, incluida la psiquiatría como una especialidad médica. El propósito de los diagnósticos es que se utilicen para establecer decisiones terapéuticas, con fines de enseñanza, para reembolso, para definir grupos de pacientes a fin de realizar investigaciones y para obtener datos estadísticos. En psiquiatría tenemos la situación confusa de dos sistemas diagnósticos diferentes que se utilizan al nivel internacional. En cualquier país miembro de la Organización Mundial de la Salud (OMS), al dar de alta a un paciente del hospital, se debe seleccionar un diagnóstico del capítulo V de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD-10). Sin embargo, para que la investigación psiquiátrica sea publicada en una revista científica con un elevado factor de impacto, es recomendable utilizar el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-IV) de la American Psychiatric Association (APA).

El paralelismo de estos dos sistemas diagnósticos importantes existe desde hace casi 60 años. En 1949, la sexta edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD-6,14) comprendía por primera vez los trastornos psiquiátricos (las versiones previas sólo abordaban la mortalidad). Tres años más tarde, la APA lanzó su propio sistema de clasificación (DSM-I, 15). En la actualidad hemos llegado a la ICD-10 (1992) y el DSM-IV (1994) y las siguientes actualizaciones de los «grandes dos» están por aparecer en algunos años (véase el DSM-V en 2013; el ICD-11 en 2014). Por consiguiente, seguirá habiendo dos sistemas paralelos.

Tal paralelismo es posible en virtud de la naturaleza específica de las definiciones de casi todos los diagnósticos psiquiátricos: consisten en combinaciones de criterios fenomenológicos, como signos y síntomas y su evolución en el tiempo, combinados por comités de expertos de formas variables para integrar categorías de trastornos psiquiátricos, que se han definido y redefinido una y otra vez en el último medio siglo. La mayor parte de estas categorías diagnósticas no son validadas por los criterios biológicos como casi todas las enfermedades médicas; sin embargo, aunque se denominan «trastornos», tienen el aspecto de diagnósticos médicos y pretenden representar enfermedades médicas. De hecho, están

incrustadas en clasificaciones jerárquicas, equiparables a las clasificaciones botánicas iniciales de plantas en los siglos XVII y XVIII, cuando los expertos decidían a priori qué criterio de clasificación usar, por ejemplo, si los cuerpos frutales o la forma de las hojas eran el criterio esencial para clasificar las plantas (16).

El enfoque del DSM-III de crear «definiciones operacionales» (p. ej., «dos de cinco síntomas» de una lista deben estar presentes) ciertamente ha vuelto más fiable el proceso de establecer un diagnóstico, en el sentido de que podemos estar más seguros de que si diferentes psiquiatras valoran a un paciente desde el punto de vista diagnóstico, después de evaluar sus síntomas y otros criterios, llegarán más a menudo al mismo resultado. Pero la fiabilidad es diferente de la validez. Los fenómenos psicopatológicos ciertamente existen y pueden observarse y experimentarse como tales. Sin embargo, se definen en forma arbitraria los diagnósticos psiquiátricos y no existen en el mismo sentido que los fenómenos psicopatológicos.

Esto no es una novedad. Sin embargo, si bien por mucho tiempo se han criticado los sistemas de clasificación diagnóstica en psiquiatría y las definiciones de las enfermedades, se ha modificado el carácter de los ataques. Hace medio siglo, provenían principalmente desde el exterior de la psiquiatría (p. ej., 17,18). En la actualidad, si bien estos ataques continúan (19), las discusiones sobre la validez de los diagnósticos psiquiátricos están obteniendo un impulso en nuestra profesión (ciertamente alimentado por las revisiones inminentes de los «grandes dos» (20,21). Ya no es cuestión de sólo «sospechosos habituales» que critican el diagnóstico psiquiátrico y los sistemas de clasificación; la discusión ha llegado al corazón de nuestra profesión.

Por ejemplo, los psiquiatras hablan sobre la «destrucción genética de la psicosis» (22), la falta de validez de los diagnósticos psiquiátricos pese a su utilidad (23), y la estabilidad diagnóstica deficiente de los trastornos psiquiátricos (24). Se escucha de genetistas psiquiátricos que tienen que utilizar «tecnología de la guerra de las galaxias para un diagnóstico de arco y flecha». En tiempos recientes, un investigador psiquiátrico prominente comentó: «se ha señalado que el debate es político. Sin embargo, no es así, ya que la evidencia científica sólida que apunta a la ausencia de validez noso-

lógica de las categorías diagnósticas que no obstante invariablemente están sujetas a reificación psiquiátrica paradójica, yace en la esencia del argumento» (25).

El sociólogo A. Abbott ha observado que el control que las profesiones tienen sobre su conjunto de conocimientos les permite atacar nuevos problemas y redefinir su alcance de interés (26). Teniendo presente esta perspectiva, puede aducirse que, aunque algunos trastornos psiquiátricos tienen alguna clase de «validez clínica» (p. ej., el trastorno bipolar), el DSM ha «fabricado diagnósticos psiquiátricos no validados de entre el predicamento humano general» (27). La psiquiatría «abandonó la isla de enfermedades psiquiátricas y por tanto fue tragada por el mar ilimitado de los problemas humanos», según F. Redlich lo planteó hace más de 50 años al aludir al psicoanálisis (28, citado en 17). El problema de si podemos «distinguir entre los trastornos mentales verdaderos y las reacciones homeostáticas a los acontecimientos vitales adversos» (29) es más apremiante que nunca.

Se están realizando toda clase de actividades de rescate en relación con estos riesgos para la base de conocimiento diagnóstico de la psiquiatría y se están haciendo una gran cantidad de recomendaciones: para identificar «metaestructuras» (30), complementar las categorías diagnósticas con medidas dimensionales (21) o un «enfoque diagnóstico cruzado» (31), para utilizar la «iteración epistémica» (16) o lograr un «diagnóstico integral centrado en la persona» (32). En tiempos recientes, un grupo de psiquiatras ha pedido que se establezca un grupo de trabajo conceptual para el DSM-V, señalando que en las ediciones previas del DSM las cuestiones conceptuales se tomaron en cuenta únicamente sobre una base ad hoc por los grupos de trabajo individuales y la comisión (33). Todo parece estar abierto.

Así mismo, se ha propuesto poner más énfasis en la utilidad clínica del diagnóstico, como la facilidad de uso, la comunicación y la planificación del tratamiento (34). Sin embargo, en la práctica, la selección de la medicación sólo esporádicamente se relaciona con el diagnóstico (p. ej., se utilizan antidepresivos en toda una amplia gama de trastornos) (35) y en los servicios de psiquiatría de la población, se utilizan los diagnósticos principalmente para canalizar los recursos y se emplean diferentes clasificaciones para atender a los pacientes en el trabajo cotidiano (36).

El razonamiento amenazante básico de estas discusiones es si nuestras categorías diagnósticas no han sido válidas hasta ahora, entonces la investigación de cualquier tipo —epidemiológica, etiológica, patógena, terapéutica, biológica, psicológica o social— si se llevó a cabo con estos diagnósticos como criterios de inclusión, igualmente es inválida.

Confianza decreciente en la base de conocimientos: intervenciones terapéuticas

Vivimos en una época de medicina basada en la evidencia (37). Basándose en metanálisis y análisis sistemáticos de estudios muy bien seleccionados y metodológicamente adecuados, se preparan directrices para el ejercicio y se vuelven prescriptivas: ya no podemos aceptar sólo la experiencia clínica. Sin embargo, ¿cuán seguros realmente podemos estar de nuestras decisiones terapéuticas?

Cuando en 2008 se publicó un metanálisis de estudios sobre los fármacos anti-depresivos (38), con el mensaje principal de que en la depresión leve y moderada los antidepresivos no son mejores que el placebo, los resultados dieron la vuelta al mundo de inmediato: el especial «interés» de los medios de comunicación era que los autores habían incluido en su metanálisis también los estudios que no se habían publicado (pero que se habían enviado a la US Food and Drug Administration). Un estudio relacionado corroboró estos hallazgos (39), lo que llevó a cierto debate en la psiquiatría (40). El hecho de que los estudios con hallazgos positivos se publiquen con más frecuencia y rapidez que los que tienen hallazgos negativos se ha convertido en un problema serio no solo en la psiquiatría sino en todo el campo de la medicina (41).

En un orden de sucesos diferentes, los ensayos aleatorizados y comparativos sobre los fármacos en la esquizofrenia se habían criticado por sus limitaciones y se habían propuesto estudios «pragmáticos» o «de la vida real» (42). Cuando se llevaron a cabo estos estudios pragmáticos de la vida real, no se pudo reproducir la superioridad de los antipsicóticos de segunda generación con respecto a los de primera (43,44).

Es evidente que tales resultados aumentan la incertidumbre, aún más porque, dada la falta de validez de los diag-

nósticos psiquiátricos y las dificultades para obtener muestras homogéneas de pacientes, no implican que los estudios originales estaban equivocados y que los nuevos sean correctos. Al tratar de establecer directrices para el ejercicio clínico basadas en la evidencia, nos vemos ante una contradicción inherente en la metodología de los estudios aleatorizados y comparativos: el procurar una validez interna conduce a muestras muy selectivas, lo que significa que los resultados no pueden generalizarse fácilmente en la práctica, en tanto que el procurar una gran representatividad de las muestras de estudio genera sesgos metodológicos (45,46). Se ha señalado en este contexto que se realicen dos valoraciones paralelas de evidencia: la evidencia habitual de la eficacia de los estudios de intervención y la evidencia «ratificadora» para valorar la transferencia de los resultados a la práctica (47,48). Un problema relacionado es que la polifarmacia y la politerapia son frecuentes en el ejercicio clínico (49) en tanto que la mayor parte de la evidencia disponible se refiere sólo a la monoterapia.

Además de estos problemas, los conflictos de interés que surgen por la relación entre médicos y la industria farmacéutica (50) están creando más dudas. La «publicación fantasma» en tiempos recientes ha recibido una atención creciente como un problema de «credibilidad» en la comunidad científica (51) así como en los medios de comunicación y de parte de los políticos (52). Si añadimos los problemas sobre las intervenciones psicoterapéuticas y sus efectos secundarios no intencionales (53,54), nosotros, nuestros pacientes y el público cada vez debemos estar más inseguros con respecto a la fiabilidad de las pruebas de que nuestras intervenciones profesionales son eficaces.

Falta de una base teórica coherente

«Pregunta a tres psiquiatras y obtendrás cuatro respuestas». He escuchado esto en muchas variantes de parte de políticos y administradores sanitarios, como una excusa para no hacer nada, cuando trato de convencerlos de que mejoren la atención psiquiátrica y aumenten los recursos. Las creencias sobrevaloradas y las panaceas no son infrecuentes en medicina, pero tal vez en ninguna otra parte florecen tantas ideologías diferentes como en psiquiatría.

Es un lugar común que la psiquiatría está dividida en muchas direcciones y subdirecciones de pensamiento. Tomando en cuenta que una base de conocimiento común es un centro que define el criterio de cualquier profesión, esta división constituye una amenaza considerable a la coherencia de nuestra profesión. Los libros de texto suelen abordar todos los aspectos (55) y se recomienda libremente la integración, pero no se lleva a cabo en la práctica de alguna manera. Hay asociaciones mundiales para la psiquiatría biológica, la psicoterapia y la psiquiatría social y todas proponen una mejor asistencia al paciente como su principal objetivo (a menudo con importantes relaciones o cooperación con disciplinas y profesiones afines). Cada enfoque tiene su propia base de conocimiento, congresos y revistas científicas. El tono entre ellas cada vez es más irritado (56-60), y no también menos importante por las repercusiones en los recursos (61).

Después de haber vivido y trabajado durante un tiempo con un enfoque específico y de ver sólo grupos restringidos de pacientes, es difícil o imposible hacer cambios. Esto era aplicable también para nuestros antecesores, quienes desarrollaron sus conceptos en contextos específicos —p. ej., E. Kraepelin trabajando principalmente con pacientes psicóticos en hospitales psiquiátricos y S. Freud trabajando principalmente con neuróticos en el ejercicio privado, cada uno de ellos con experiencia muy limitada o nula en otros contextos— de manera que llegaron a ideas completamente diferentes (62). De hecho es difícil mantenerse al día en todos los aspectos de la psiquiatría, aunque las asociaciones profesionales (como la WPA) organizan con regularidad congresos en los que se dispone de toda clase de conocimiento profesional.

El peligro de dividirse o de ser absorbido por otras profesiones (1) es elocuentemente ilustrado para la psiquiatría estadounidense por la división entre las «dos culturas» de la psiquiatría biológica y la psicoterapia según la describió un científico neutral del extranjero (63) y por los mutuos estereotipos de «irreflexivos» e «insensatos». Las directrices suelen hacer hincapié en la combinación de los dos enfoques, pero los sistemas de reembolso no favorecen tal integración.

RETOS EXTERNOS

Insatisfacción de los pacientes

Aunque las críticas a la psiquiatría por los profesionales han existido por mucho tiempo (17,18) y todavía continúan en la actualidad (65), la insatisfacción con nuestra profesión cada vez es externada más también por nuestros «clientes», es decir, los pacientes. Si bien puede considerarse que las críticas en una profesión contribuyen a su desarrollo dinámico, la insatisfacción de los pacientes con una profesión puede ser nociva.

En los últimos decenios he visto aparecer varios términos nuevos para designar a nuestros pacientes. Primero era «cliente», luego «consumidor» (lo que implica que uno demanda el propio derecho a recibir servicios adecuados). Luego apareció «usuario» o «usuario de servicio», un término que es difícil de traducir del inglés a muchas otras lenguas, pero parece ser muy frecuente en nuestros días en el mundo de habla inglesa, también entre los profesionales e incluso en los documentos de gobierno. Estos nombres por sí mismos implican un cambio en la relación entre médico y paciente, de manera que el modelo paternalista «asimétrico» ha sido superado por nuevos modelos más simétricos (como los modelos informativo, interpretativo y «deliberado» y «especiales») (66). Así mismo, al reemplazar la palabra «paciente», estos términos están indicando una distancia con respecto a la medicina. Por último aparecieron los términos «ex usuarios», «ex pacientes» y «sobreviviente de la psiquiatría», lo que indica un completo desapego de la psiquiatría.

El «descontento» abarca una amplia gama, desde el «sobreviviente de la psiquiatría» (67), que implica que la psiquiatría no debería siquiera existir, a otras formas de insatisfacción, que critican a la psiquiatría «como es» (68). En la actualidad, la Internet le permite a las personas que han recibido tratamiento psiquiátrico intercambiar sus experiencias. Y hay bastantes experiencias negativas, además de las positivas, que son dadas a conocer en anécdotas personales en todo el mundo (p. ej., 69, 70). Los temas planteados son múltiples y van desde el diagnóstico hasta el tratamiento farmacológico, desde las medidas obligatorias hasta el descuido de los aspectos de la calidad de vida. Así mismo, los familiares (en el mundo de habla inglesa llamados ahora «cuidadores») externalizan su descontento con la psiquiatría, aunque a menudo desde una perspectiva diferente a la de los usuarios.

Las organizaciones de autoayuda sobre problemas psiquiátricos se han establecido en todas partes, organizadas por los «clientes» (71) y por los «cuidadores» (72). Tales asociaciones se han vuelto importantes no sólo en lo que respecta a la «habilitación» y la «autoconfianza» de sus miembros, lo cual también se habilita en congresos y en la creación de empresas de capacitación y asesoría (p. ej., 73), pero también al nivel político, donde, según la cooperación de los políticos y las autoridades sanitarias, pueden participar en el proceso de planificación.

Muchos grupos de usuarios y organizaciones se centran hoy en día en el concepto del restablecimiento (74), el cual cada vez se defiende más como un principio rector de la normatividad psiquiátrica en muchos países de habla inglesa. Algunos expertos postulan que esto es solo un «consenso retórico» y señalan la necesidad de distinguir el restablecimiento clínico por contraposición al personal (75) y al restablecimiento como «resultado» frente al restablecimiento como «proceso». Además, surgen malos entendidos cuando se traduce la palabra en otros idiomas.

El enfoque en las necesidades de los pacientes y su inclusión en la actualidad está respaldado por documentos de organizaciones internacionales como las Naciones Unidas (76), la Comisión Europea (77), el Consejo de Europa (78) y la OMS (79). La profesión psiquiátrica también ha contribuido a esta perspectiva: p. ej., se han producido directrices para «una mejor asistencia psiquiátrica», que confieren la misma importancia a cuestiones «éticas», «evidencia» y «experiencia», lo que comprende la experiencia de los usuarios (80) y se ha tomado en cuenta el aspecto de la calidad de vida (81), pero continúa la crítica por parte de los pacientes.

Competencia por otras profesiones

Como Abbott (26) ha observado, las profesiones, además de definir su base de conocimientos y expandir su alcance de competencia, tienen sus vigilantes contra los intrusos. En la época posmoderna, con su crecimiento de una cultura de experiencia profesional (82), cada vez hay más «intrusos» en el territorio que la psiquiatría reclama para sí misma. Y, consciente o inconscientemente, para atraer a los pacientes, a menudo hacen

uso del estigma inherente a ser tratado por psiquiatras.

Por el lado médico, son los neurólogos, los médicos generales y los médicos que ejercen la medicina alternativa quienes compiten con los psiquiatras. Por ejemplo, en muchos países, el volumen de prescripción de antidepresivos es mucho más elevado en la medicina general que en la psiquiatría. Los neurólogos comprensiblemente proclaman los síndromes cerebrales orgánicos como entidades de su incumbencia, pero dependiendo del sistema de reembolso, también tratan a pacientes psiquiátricos en muchos países.

Psicólogos, psicoterapeutas y trabajadores sociales clínicos constituyen otros grupos profesionales extensos que compiten con los psiquiatras. En Austria hay alrededor de 10 veces más psicólogos y psicoterapeutas clínicos oficialmente reconocidos que psiquiatras. En los EE UU, hacia 1990, 80.000 trabajadores sociales clínicos se encontraban activos en el dominio psiquiátrico sociopsicológico, una cuarta parte de ellos en el ejercicio privado (1). Los psicólogos no solo compiten en el sector psicológico y psicoterapéutico; en los EE UU, por ejemplo, según la APA, desde 1995 se han considerado leyes para otorgar privilegios de prescripción a los psicólogos cientos de veces en 23 estados diferentes. Han sido rechazadas 96 veces, pero Nuevo México, Louisiana, Wisconsin y Oregon han promulgado leyes pertinentes (83).

Hay también más retos sistemáticos, como el programa de «Mejor acceso a los tratamientos psicológicos» en Inglaterra, donde 3.600 «terapeutas psicológicos» se están capacitando en la psicoterapia cognitiva conductual (84). Además, un documento del gobierno en Inglaterra sobre las «nuevas formas de trabajar» (85) confiere a los psiquiatras una función más que supervisora, en tanto que eleva la categoría de otras profesiones en los servicios de salud mental con respecto al contacto directo con los pacientes. Dada la falta de psiquiatras en los países en vías de desarrollo, esto es lo que se propone exactamente para ellos (86). Esta propuesta crea un dilema, expresado elocuentemente por un psiquiatra inglés de la manera siguiente: «los psiquiatras deben continuar viendo a los pacientes, también directamente y no sólo como supervisores. Si nosotros, como un grupo asesor, vemos un peque-

ño número de casos, mientras supervisamos a otros que están atendiendo a un basto número de personas más que nosotros, sólo es cuestión de tiempo de que perdamos el respeto, la credibilidad y la competencia» (87).

¿De qué manera respondemos a estos acontecimientos? ¿Cómo mantener el equilibrio entre nuestra propia identidad y la de otras profesiones, en un campo donde el solapamiento es frecuente y cada vez mayor? ¿De qué manera se puede organizar la cooperación de una forma satisfactoria? Surgen aquí aspectos fundamentales, como la empresa privada frente al empleo público, los ejercicios clínicos individuales frente a los de grupo, la responsabilidad y el control del riesgo, así como el tratamiento intrahospitalario frente al extrahospitalario. El trabajo en equipo justifica una atención especial (88).

Imagen negativa

Me considero una persona de aspecto y comportamiento bastante promedio. En los contactos sociales con nuevas personas extrañas a mi medio profesional, resulta inevitable después de algún tiempo revelar cuál es mi profesión. Y a menudo me enfrento a la incredulidad: «¿Eres psiquiatra?» No siempre estoy seguro de lo que las personas quieren decir con esto, pero he llegado a tomarlo como un cumplido. ¿Cómo piensan que se ve y se comporta un psiquiatra?

Todo psiquiatra lo sabe y lo ha experimentado: hay algo especial en relación con nuestra profesión, por lo que respecta a cómo nos ve la gente. Los retratos de tratamientos psiquiátricos en películas raras veces son positivos (89) y una serie de estereotipos circulan en torno a nosotros, no raras veces a través de chistes, como el de «el profesor chiflado» el «analista» y el «interrogador distante» (68,90). Algunos de los estereotipos podrían datar de una época en que los psiquiatras todavía estaban trabajando en hospitales psiquiátricos grandes, lejos de la vida cotidiana y se consideraba que con ello se volvían personas extrañas ellos mismos y no muy diferentes de sus pacientes (91).

Se ha señalado que tales factores de imagen juegan un papel importante en la decisión de los estudiantes de medicina de no seleccionar la psiquiatría como una especialidad (92) o para la deserción precoz de una carrera de formación en la especialidad de psiquiatría (93): los médi-

cos que han comenzado una carrera como psiquiatras en Inglaterra, pero que han desertado, muy a menudo están de acuerdo con la aseveración de que la psiquiatría tiene una imagen pobre ante el público y que no eran lo suficientemente respetados por los médicos en otras disciplinas.

En relación con los contactos de los pacientes con la psiquiatría, un estudio de la población general basado en historias de casos en Alemania reveló que sólo una minoría de los entrevistadores recomendaban ver a un psiquiatra como la primera opción (94). Resultados similares fueron comunicados en Austria y Australia (95). Probablemente las personas temen que, después de haber estado en contacto con nosotros, podrían ser estigmatizadas y discriminadas, si esto se llegase a saber. Hay un deseo considerable en la población general de un distanciamiento social de las personas con trastornos psiquiátricos (96) y están bien documentados el estigma y la discriminación (97). Esto es conocido por quien sea que presente problemas psicológicos y considere pedir ayuda profesional. Además, las personas podrían asumir que los psiquiatras (en contraste con los psicólogos y los psicoterapeutas) los tratarán principalmente con medicamentos y la mayoría se rehúsa a estos: en la encuesta austriaca, la gran mayoría recomendaba principalmente psicoterapia, incluso para la demencia, donde este porcentaje ascendía a un 73% (95).

La «estigmatización» de los psiquiatras no está bien investigada (98) si se compara con la estigmatización de nuestros pacientes. Así mismo, podría haber una relación más compleja entre estos dos temas. Se ha señalado que los miembros de la profesión psiquiátrica pueden simultáneamente ser estigmatizadores, receptores de estigma y agentes poderosos de desestigmatización (99). Con tantas preguntas sin respuestas, es comprensible que la WPA en la actualidad esté financiando un proyecto de investigación sobre la «estigmatización de la psiquiatría y los psiquiatras» (9).

¿A DÓNDE VA LA PSIQUIATRÍA Y QUIÉN VA AHÍ

Según la información recibida de la Secretaría de la WPA, hay más de 200.000 psiquiatras certificados en todo el mundo en las 134 asociaciones integrantes de la WPA. Hay diferencias regionales, sobre

todo una gran división entre los países desarrollados y los que se encuentran en vías de desarrollo. Por tanto, es difícil darse una idea general de una tendencia al desarrollo de la fuerza de trabajo psiquiátrica. Los factores que la influyen son múltiples y las situaciones en los diversos países son muy diferentes.

Sin embargo, en general parece estar ocurriendo una reducción del alistamiento en la especialidad. Y si bien los pronósticos en muchos países muestran que la demanda de psiquiatras (100), o por lo menos de servicios psiquiátricos (101) crecerá, sobre todo también en los países en vías de desarrollo (86), hay dudas con respecto a si nosotros como profesión podremos satisfacer esta demanda. En consecuencia, la WPA ha iniciado actividades a fin de promover la elección de la psiquiatría como una carrera por los estudiantes de medicina y volver la especialidad más atractiva mejorando la perspectiva para las carreras iniciales en psiquiatría (8,9).

En EE UU, el número de estudiantes de medicina que escoge la psiquiatría como una especialidad ha estado disminuyendo durante más de dos decenios según un estudio publicado en 1995 (102). Un informe en 2009 muestra una imagen más optimista, pero más del 30% de los psiquiatras que se hallan en formación en la residencia son médicos graduados en otros países (101). En Inglaterra, en 2008, los psiquiatras generales figuraban en la «lista de trabajos con escasez nacional» del Comité Asesor de Emigración (que facilita el alistamiento internacional) y un 80% de los residentes que presentaban el examen de MRCPsych eran graduados de medicina de otros países (100). El Royal College of Psychiatrists en el Reino Unido considera «el alistamiento en psiquiatría como un punto en crisis» (103).

En los países en vías de desarrollo, definitivamente hay una escasez de psiquiatras y, por ejemplo, sólo hay un psiquiatra por 640.000 de población en Pakistán (4). Una comisión de la WPA ha analizado la «fuga de cerebros» desde los países en vías de desarrollo a los industrializados (principalmente EE UU, Reino Unido, Canadá y Australia) (104). Además de otros motivos, es muy evidente que una escasez de psiquiatras en los países industrializados facilita esta fuga de cerebros.

Algunos motivos para la reducción del alistamiento pueden tener sólo im-

portancia local, como los cambios en los programas de formación, las horas de trabajo prolongadas, las horas adicionales no pagadas, los salarios bajos o la sobrecarga administrativa. La división entre el sector público y el privado, en el que el último se vuelve cada vez más atractivo en muchos países, podría adoptar importancia creciente en el futuro. En Australia, al parecer la falta de psiquiatras en el sector público es lo que ha llevado a una afluencia de psiquiatras de África, India y China (105). En Alemania, ha surgido una escasez de psiquiatras que trabajan en entornos de hospitalización, lo cual en parte se debe a las condiciones de trabajo de mejor oferta de los Países Bajos y Suiza (5).

El alistamiento en psiquiatría es un proceso complejo que depende de las actitudes de los estudiantes de medicina, la imagen de la psiquiatría, la disponibilidad de puestos y otros factores (106).

Un motivo de la falta de alistamiento en psiquiatría, que surge una y otra vez (92,93,107), es la percepción negativa de los estudiantes de medicina y de los desertores precoces del campo de la psiquiatría, en relación con la falta de retos intelectuales, dudas sobre la eficacia de los tratamientos psiquiátricos, opiniones negativas de los colegas y de la facultad sobre la psiquiatría y un bajo prestigio de la psiquiatría en la medicina, aunque el temor a la violencia también podría ser un problema (108). En un estudio reciente, los graduados de medicina en el Reino Unido que inicialmente escogieron la psiquiatría pero que no la continuaron como una carrera, comunicaron como motivos importantes para desertar una baja categoría de la psiquiatría dentro de las disciplinas médicas, escaso o nulo mejoramiento en muchos pacientes y la falta de una base de evidencia para el diagnóstico y el tratamiento (93). Algunos aducen que se podría mejorar el reclutamiento si se le diera a la psiquiatría una identidad neurocientífica más clara (56,57,109). Sin embargo, también puede aducirse que lo opuesto podría ser el caso (59).

Desde luego, la identidad de una profesión y su categoría dentro de la medicina y en la sociedad son incentivos y desincentivos importantes para el alistamiento, de ahí, el título de esta sección: «¿A dónde va la psiquiatría y quién va ahí?», obtenida de un artículo en medicina académica (110) que relacionaba la incorporación en la psiquiatría estadounidense con la modificación de sus

límites jurisdiccionales y con las ambigüedades de su marco conceptual demasiado general. Sin embargo, ¿a dónde va la psiquiatría?

EL FUTURO DE LA PSIQUIATRÍA

Muchos aducirían que nuestra disciplina ha ganado una posición por un incremento tremendo del conocimiento adquirido en los últimos decenios. Sin embargo, hay indicaciones de que la base de conocimiento diagnóstico y terapéutico de la psiquiatría está en una crisis de credibilidad y que la coherencia de nuestra disciplina se ve amenazada por la existencia de los subgrupos ideológicos de facto. Además, cada vez somos más criticados por nuestros pacientes y sus cuidadores (con el ofrecimiento de Internet de nuevas posibilidades para tal propósito); otras profesiones son segmentos cada vez más demandantes de nuestro campo de competencia; y nuestra imagen en la sociedad y en la medicina es menos positiva de lo que muchos de nosotros podríamos pensar. Por consiguiente, para un observador externo, muchos de los criterios que definen una profesión están en peligro.

No obstante, algunos autores confían bastante en que la psiquiatría sobrevivirá. P. Pichot, que considera la psiquiatría como amenazada «de incorporarse en otras especialidades de la medicina o ser desprovista de su carácter médico», llega a la conclusión —desde una perspectiva histórica a largo plazo— que la crisis de la psiquiatría es «sólo otro episodio transitorio en su historia» (1) y el autor del artículo antes mencionado en *Academic Medicine* (110), después de analizar con detalle las dificultades que está experimentando la psiquiatría, expresa confianza en que «el arte es largo, la vida es corta pero la psiquiatría seguramente perdurará», basando su confianza en el «medio intelectual enriquecido» y un «estilo de vida controlable» que los futuros residentes podrían esperar. Sin embargo, ¿podemos simplemente confiar en la repetición de la historia y en el potencial atractivo de un medio intelectual, no digamos la promesa de un estilo de vida controlable (111).

La conclusión de que «el arte es largo, la vida es corta pero la psiquiatría seguramente perdurará» (110) va seguida de una posdata pequeña pero decisiva que muestra la ambigüedad del autor: «sim-

plemente no está claro en qué forma o con quién va a ocurrir principalmente esto». No hay duda de que la psiquiatría ofrece servicios que necesita la sociedad. Sin embargo, no sabe bien si hará esto en lo futuro como una profesión simple (aun con subespecialidades, por ejemplo, forense, infantil y adolescente, geriátrica) y en cooperación con otras profesiones o si ella (o parte de la misma) parecerá una «asunción hostil» en mayor o menor grado por otras profesiones.

Dentro de la psiquiatría, en parte como una reacción a los retos antes descritos, se puede observar un proceso de «descremación», en el que subgrupos importantes de nuestra profesión se concentran en segmentos y tratamientos específicos, intelectual y económicamente más compensadores, que a menudo también implican menor estigma, mayor categoría social, mejores posibilidades profesionales, académicas y un estilo de vida más controlable, dejando así para otros tareas menos satisfactorias, como el atender a pacientes suicidas y violentos o aquellos con trastornos psiquiátricos persistentes o drogodependencia y alcoholismo. Un proceso general relacionado que promueve las tendencias centrífugas en la psiquiatría es el deceso del generalista y el encumbramiento del especialista en la sociedad moderna, en el que el último por lo general tiene más prestigio y compensaciones económicas, pero a menudo funciona según el patrón «tengo una respuesta, tienes alguna pregunta?» dejando desorientados a quienes necesitan los servicios.

Para que la psiquiatría persista como una profesión, es necesario que tenga un centro conceptual. No está claro cuál podría ser éste en el futuro. Las fortalezas tradicionales de la psiquiatría —la experiencia clínica, un conocimiento exhaustivo de la psicopatología y de las aptitudes de comunicación con personas afectadas— podrían perderse como un denominador común en el entorno de la especialización actual y se ha señalado que podría ser necesario un «renacimiento de la psicopatología» (112). Los organismos profesionales están realizando esfuerzos para definir las características de un psiquiatra en lo referente a un psiquiatra generalista (113,114). Vale la pena incorporarse a tales debates a una mayor escala. Sin embargo, deben complementarse con un análisis concienzudo y abierto sobre los motivos por los que los psiquiatras trabajan en contextos

específicos y propagan enfoques específicos, es decir, por un análisis de los incentivos y los intereses inherentes a las funciones visibles que los psiquiatras desempeñan en la actualidad en diferentes contextos.

Bibliografía

- Pichot P. The history of psychiatry as a medical profession. In: Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen N et al (eds). *New Oxford textbook of psychiatry*, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2009:17-27.
- Malhi G.S. Professionalizing psychiatry: from 'amateur' psychiatry to a mature profession. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118: 255-8.
- Brown N, Bhugra D. 'New' professionalism or professionalism derailed? *Psychiatr Bull* 2007;31:281-3.
- Gadit AA, Khalid N. Human rights and international recruitment of psychiatrists: dilemma for developing countries. *J Pak Med Assoc* 2006;56:474-6.
- Schneider F. Zunehmender Ärztemangel in Psychiatrie und Psychotherapie: Neue Wege für die Nachwuchsförderung. In: Raueiser S. (ed). *Psychiatrie gestalten: Qualität – Finanzierung – System*. Irsee: Grizeto (in press).
- Poole R, Bhugra D. Should psychiatry exist? *Int J Soc Psychiatry* 2008;54:195-6.
- Baker M, Menken M. Time to abandon the term mental illness. *BMJ* 2001;322:937.
- Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008;7:129-30.
- Maj M. The WPA Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2009;8:65-6.
- Marneros A. Psychiatry's 200th birthday. *Br J Psychiatry* 2008;193:1-3.
- Cruess SR, Cruess RL. Understanding medical professionalism: a plea for an inclusive and integrated approach. *Medical Education* 2008;42:755-7.
- Siegrist H. Professionalization/professions in history. In: Smelser NJ, Baltes PB (eds). *International encyclopedia of the social & behavioral sciences*. Amsterdam: Elsevier, 2004:12154-60.
- Coady M. The nature of professions: implications for psychiatry. In: Bloch S, Green SA (eds). *Psychiatric ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2009:85-98.
- World Health Organization. *International statistical classification of diseases, injuries, and causes of death*. Sixth revision of the international list of diseases and causes of death. Geneva: World Health Organization, 1949.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 1st ed. Washington: American Psychiatric Association, 1952.
- Kendler K. An historical framework for psychiatric nosology. *Psychol Med* 2009;39: 1935-41.
- Hartung FE. Manhattan madness: the social movement of mental illness. *Sociological Quarterly* 1963;4:261-72.
- Scheff TJ. *Being mentally ill*, 2nd ed. Piscataway: Aldine Transaction, 1984.
- Halliwel E. Psychiatric diagnoses are less reliable than the stars. www.timeonline.co.uk.
- Maj M. WPA-WHO collaborative activities 2009-2011. *World Psychiatry* 2009;8:129-30.
- Regier D, Narrow W, Kuhl EA et al. The conceptual development of DSM-V. *Am J Psychiatry* 2009;166:645-50.
- Owen MJ, Craddock N, Jablensky A. The genetic deconstruction of psychosis. *Schizophr Bull* 2007;33:905-11.
- Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003;160:4-12.
- Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Bartsch-Villamor I et al. Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice. *Br J Psychiatry* 2007;190:210-6.
- Van Os J. 'Salience syndrome' replaces 'schizophrenia' in DSM-V and ICD-11: psychiatry's evidence-based entry into the 21st century. *Acta Psychiatr Scand* 2009;120: 363-72.
- Abbott AD. *The system of professions: an essay on the division of expert labour*. Chicago: University of Chicago Press, 1988.
- Summerfield D. Depression: epidemic or pseudo-epidemic? *J Roy Soc Med* 2006;99: 161-2.
- Redlich F. The concept of health in psychiatry. In: Leighton AH, Clausen JA, Wilson RN (eds). *Explorations in social psychiatry*. New York: Basic Books, 1957:138-64.
- Maj M. Are we able to differentiate between true mental disorders and homeostatic reactions to adverse life events? *Psychother Psychosom* 2007;76:257-9.
- Andrews G, Goldberg DP, Krueger W et al. Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: could it improve utility and validity? *Psychol Med* 2009;39: 1993-2000.
- Kaymaz N, van Os J, Murray et al. (2004) revisited: is bipolar disorder identical to schizophrenia without developmental impairment? *Acta Psychiatr Scand* 2009;120: 249-52.
- Mezzich JE, Salloum IM. Clinical complexity and person-centered integrative diagnosis. *World Psychiatry* 2008;7:1-2.
- Kendler KS, Appelbaum PS, Bell CC et al. Issues for DSM-V: DSM-V should include a conceptual issues work group. *Am J Psychiatry* 2008;165:174-5.
- Mullins-Sweatt S, Widiger T. Clinical utility and DSM-V. *Psychological Assessment* 2009;21:302-12.
- Shorter E, Tyrer P. Separation of anxiety and depressive disorders: blind alley in psychopharmacology and classification of disease. *BMJ* 2003;327:158-60.
- Dobrzensky K. The good, the bad, and the severely mentally ill: official and informal labels as organizational resources in community mental health services. *Soc Sci Med* 2009;69:722-88.
- Sackett D, Rosenberg WMC, Muir Gray JA et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.
- Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB et al. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 2008;5:260-8.
- Turner EH, Matthews AM, Linardatos E et al. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 2008;358:252-60.
- Mathew EJ, Charney DS. Publication bias and the efficacy of antidepressants. *Am J Psychiatry* 2009;166:140-5.
- Hopewell S, Loudon K, Clarke MJ et al. Publication bias in clinical trials due to statistical significance or direction of trial results. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1:MR000006.
- Gilbody S, Wahlbeck K, Adams C. Randomized controlled trials in schizophrenia: a critical perspective on the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:243-51.
- Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005;353:1209-32.
- 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 (CUTLASS 1). *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:1079-87.
- Jane-Llopis E, Katschnig H, McDaid D et al. Evidence in public mental health. Commissioning, interpreting and using evidence on mental health promotion and mental disorder prevention: an everyday primer. Luxembourg: European Commission, www.thl.fi.
- Fleischacker WW, Goodwin GM. Effectiveness as an outcome measure for treatment trials in psychiatry. *World Psychiatry* 2009;8:23-7.
- Weightman A, Ellis S, Cullum A. et al. Grading evidence and recommendations for public health interventions: developing and piloting a framework. London: Health Development Agency, 2005.
- Rush AJ. The role of efficacy and effectiveness trials. *World Psychiatry* 2009;8:34-5.
- Ghaemi SN (ed). *Polypharmacy in psychiatry*. New York: Dekker, 2002.
- Schowalter JE. How to manage conflicts of interest with industry? *Int Rev Psychiatry* 2008;20:127-33.
- Dunbar CE, Tallman MS. 'Ghostbusting' at Blood. *Blood* 2009;113:502-3.
- Singer N, Wilson D. Medical editors push for ghostwriting crackdown. *New York Times*, 18 September 2009.
- Mayou RA, Ehlers A, Hobbs M. Road traffic accident victims: three-year follow-up of a randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 2000;176:589-93.

54. Berk M, Parker G. The elephant on the couch: side effects of psychotherapy. *Aust N Z J Psychiatry* 2009;43:787-94.
55. Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen N et al (eds). *New Oxford textbook of psychiatry*, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2009.
56. Goodwin GM, Geddes JR. What is the heartland of psychiatry? *Br J Psychiatry* 2007;191:189-91.
57. Craddock N, Antebi D, Attenburrow M et al. Wake-up call for British psychiatry. *Br J Psychiatry* 2008;193:6-9.
58. Nutt DJ, Sharep M. Uncritical positive regard? Issues in the efficacy and safety of psychotherapy. *J Psychopharmacol* 2008; 22:3-6.
59. Fava GA. The decline of pharmaceutical psychiatry and the increasing role of psychological medicine. *Psychosom Psychosom* 2009;78:220-7.
60. Kingdon D, Young AH. Debate: Research into putative biological mechanisms of mental disorders has been of no value for clinical psychiatry. *Br J Psychiatry* 2007; 191:285-90.
61. Fava GA. Financial conflicts of interest in psychiatry. *World Psychiatry* 2007;6:19-24.
62. Katschnig H. Hundert Jahre wissenschaftliche Psychiatrie. Sigmund Freud, Emil Kraepelin, Émile Durkheim und die moderne Psychiatrie. *Wiener Klinische Wochenschrift* 1998;110:207-11.
63. Luhrmann TM. Of two minds. An anthropologist looks at American psychiatry. New York: Vintage Books, 2000.
64. Lipowsky ZJ. Psychiatry. Mindless or brainless? Both or neither? *Can J Psychiatry* 1989;34:249-54.
65. Bracken P, Thomas P. *Postpsychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2005.
66. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992;267:2221-6.
67. European Network of (ex-)Users and Survivors of Psychiatry. www.enusp.org.
68. Morgan G on behalf of the Highland user group. Why people are often reluctant to see a psychiatrist. *Psychiatr Bull* 2006;30: 346-7.
69. Alaska Mental Health Consumer Network. Recovery stories. akmhweb.org.
70. InfoScotland. www.wellscotland.info.
71. Intervoice. www.intervoiceonline.org.
72. European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness. www.eufami.org.
73. Working to Recovery. www.workingto-recovery.co.uk.
74. Amering M, Schmolke M. Recovery in mental health: reshaping scientific and clinical responsibilities. Chichester: Wiley Blackwell, 2009.
75. Slade M, Amering M, Oades L. Recovery: an international perspective. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2008;17:128-37.
76. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Convention on the rights of persons with disabilities. www2.ohchr.org.
77. European Union. European pact for mental health and well-being. ec.europa.eu.
78. European Health Committee. Recommendation CM/Rec(2009)3 of the Committee of Ministers to member states on monitoring the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder. wcd.coe.int.
79. World Health Organization Regional Office for Europe. Mental health declaration for Europe: facing the challenges, building solutions. www.euro.who.int.
80. Thornicroft G, Tansella M. *Better mental health care*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
81. Katschnig H, Freeman H, Sartorius N. *Quality of life in mental disorders*, 2nd ed. Chichester: Wiley, 2006.
82. Whitley R. Postmodernity and mental health. *Harv Rev Psychiatry* 2008;16:352-64.
83. Stotland NL. Presidential address. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 2009;166:1100-4.
84. Improving Access to Psychological Therapies. www.iapt.nhs.uk.
85. Department of Health. New ways of working for psychiatrists: enhancing effective, person-centred services through new ways of working in multidisciplinary and multiagency contexts. www.dh.gov.uk.
86. Patel V. The future of psychiatry in low- and middle-income countries. *Psychol Med* 2009; 39:1759-62.
87. Gee M. New Ways of Working threatens the future of the psychiatric profession. *Psychiatr Bull* 2007;31:315.
88. Burns T. *Community mental health teams. A guide to current practice*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
89. Byrne P. Why psychiatrists should watch films (or What has cinema ever done for psychiatry?). *Advances in Psychiatric Treatment* 2009;15:286-96.
90. Von Sydow K. Das Image von Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiatern in der Öffentlichkeit. *Psychotherapeut* 2007; 52:322-33.
91. Appel KE, Pearson MM. Facilities for psychiatric education survey of psychiatric departments in medical school. *Am J Psychiatry* 1959;115:698-705.
92. Tamaskar P, McGinnis R. Declining student interest in psychiatry. *JAMA* 2002; 287:1859.
93. Lambert TW, Turner G, Fazel S et al. Reasons why some UK medical graduates who initially choose psychiatry do not pursue it as a long-term career. *Psychol Med* 2006;36:679-84.
94. Riedel-Heller S, Matschinger H, Angermeyer MC. Mental disorders – who and what might help? Help-seeking and treatment preference of a lay public. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:167-74.
95. Jorm AF, Angermeyer M, Katschnig H. Public knowledge of and attitudes to mental disorders: a limiting factor in the optimal use of treatment services. In: Andrews G, Henderson S (eds). *Unmet need in psychiatry. Problems, resources, responses*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999:399-413.
96. Jorm AF, Oh E. Desire for social distance from people with mental disorders: a review. *Aust N Z J Psychiatry* 2009;43:183-200.
97. Thornicroft G. *Shunned. Discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
98. Persaud R. Psychiatrists suffer from stigma too. *Psychiatr Bull* 2000;24:284-5.
99. Schulze B. Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *Int Rev Psychiatry* 2007;19:137-55.
100. Workforce Review Team, NHS. *Workforce summary - General psychiatry*. www.wrt.nhs.uk.
101. Vernon DJ, Salsberg E, Erikson C et al. Planning the future mental health workforce: with progress on coverage, what role will psychiatrists play? *Acad Psychiatry* 2009;33:187-91.
102. Sierles FS, Taylor MA. Decline of U.S. medical student career choice of psychiatry and what to do about it. *Am J Psychiatry* 1995;152:1416-26.
103. Royal College of Psychiatrists. www.rcpsy-ch.ac.uk.
104. Gureje O, Hollins S, Botbol M et al. Report of the WPA Task Force on Brain Drain. *World Psychiatry* 2009;8:115-8.
105. Jablensky A. Personal communication, September 2009.
106. Brockington I, Mumford D. Recruitment into psychiatry. *Br J Psychiatry* 2002;180:307-12.
107. Holm-Petersen C, Hansen VS, Gyrd-Hansen D. The impact of contact with psychiatry on senior medical students' attitudes towards psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* 2007;116:308-11.
108. Molyneux G, Wright B, Rush G et al. Psychiatric training - a dangerous pursuit. *Psychiatr Bull* 2009;33:189-92.
109. Sondergard L. Recruitment problems in psychiatry: just a matter of more exposition? *Acta Psychiatr Scand* 2007;116: 235-7.
110. Cooper RA. Where is psychiatry going and who is going there? *Acad Psychiatry* 2003;27:229-33.
111. Rao NR. Recent trends in psychiatry residency workforce with special reference to international medical graduates. *Acad Psychiatry* 2003;27:269-76.
112. Maj M. Critique of the DSM-IV operational diagnostic criteria for schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998;172:458-60.
113. Royal College of Psychiatrists. *Roles and responsibilities of the consultant in general adult psychiatry. Council Report C140*. London: Royal College of Psychiatrists, 2006.
114. European Union of Medical Specialists. *The profile of a psychiatrist*. www.ue-mspsychiatry.org.

¿Se halla en crisis la psiquiatría? De nuevo a los fundamentos

ASSEN JABLENSKY

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

El ensayo reflexivo y erudito de H. Katschnig plantea interrogantes importantes y oportunas con respecto al estado actual de la psiquiatría y su razón de ser como una disciplina de la medicina.

En muchos lugares del mundo «desarrollado» hay una reducción lenta pero constante del número de graduados de medicina que optan por una capacitación especializada en psiquiatría. En casi todos los países «en vías de desarrollo», la escasez crónica de psiquiatras sigue oponiéndose a reducir (no decir cerrar) la «brecha de tratamiento» entre la demanda y la oferta de la asistencia básica en la mayoría de los enfermos psiquiátricos del mundo. En países como Reino Unido, Australia y EE UU, los servicios psiquiátricos públicos afrontarían un desplome si no contaran con muchos médicos inmigrantes de países de ingresos bajos o medianos que llenan los puestos vacantes (1). La imagen pública de la psiquiatría sigue estando empañada por los estereotipos estigmatizantes que, no pocas veces, son compartidos por algunos de nuestros colegas profesionales en otras disciplinas de la medicina. ¿Cuán profunda es la crisis evidente de la disciplina y la profesión y cuáles son los factores que contribuyen a ello?

Aunque coincido con gran parte de la evaluación diagnóstica de Katschnig, aduciría que la raíz del problema se encuentra no en una regresión inherente de la disciplina de la psiquiatría, sino en su pérdida relativa del margen competitivo en comparación con otras disciplinas médicas. Los avances espectaculares en las ciencias biológicas básicas, en el último par de decenios, han transformado campos enteros de la medicina y la cirugía, como la medicina oncológica, la cardiología o la inmunología clínica. La medicina general cada vez se está volviendo más «molecular» y de ahí que resulte más atractiva e intelectualmente interesante para las personas

jóvenes. Esta clase de transformación no ha ocurrido en la psiquiatría. Muy pocos de los avances recientes en neurociencias, genética molecular y genómica se han traducido en herramientas clínicas prácticas, marcadores de enfermedades, tratamientos o paradigmas conceptuales novedosos en nuestra comprensión de la naturaleza de los trastornos psiquiátricos. No importa la hipérbole y las promesas falsas que aparecen periódicamente sobre adelantos inminentes. Los aumentos en los conocimientos reales de la genética y el fundamento neural de los trastornos psiquiátricos importantes han sido moderados, si bien ha resultado evidente la complejidad inminente de la tarea.

Así mismo, si bien la teoría y la práctica de la psiquiatría no pueden por el momento aducir que tienen un fundamento firme en la neurobiología o en la «genética psiquiátrica», en los últimos decenios ha permitido que su base de conocimientos y aptitudes especializadas y no fácilmente accesibles (1) caiga en un descuido relativo. Esta serie de conocimientos y habilidades comprende la psicopatología y la fenomenología clínica, que se han convertido en un tema esotérico para muchos (si no es que la mayoría) de los estudiantes de medicina y residentes de psiquiatría. La curiosidad intelectual, junto con una comprensión cabal de la semiótica psiquiátrica cada vez se está reemplazando más en la formación de psiquiatras por el recuento no crítico de los criterios diagnósticos del DSM-IV. Aunque eminentemente útil para fines específicos de comunicación, los criterios del DSM-IV y la ICD-10 no sustituyen a la precisión clínica. La creencia de que la adopción de criterios casi operacionales de una vez por todas ha resuelto el problema de la fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico puede volverse ilusoria si la validez de la verificación de síntomas y signos en la práctica clínica real se demuestra que es cuestionable. Esta tendencia a la alienación de la psiquiatría clínica de sus raíces en psicopatología y fenomenología es reforzada por la dominancia creciente del gerencialismo en la organización y la eva-

luación de la atención psiquiátrica, lo que vuelve insatisfactorio el ejercicio diario de la profesión desde el punto de vista intelectual y emocionalmente no satisfactorio o simplemente aburrido.

Aunque gran parte del panorama de Katschnig sobre el estado de la psiquiatría, y mis comentarios añadidos, puedan parecer una pintura de un cuadro muy sombrío de la psiquiatría en crisis, permanezco optimista en torno a su futuro. Lo que el camino nos depara como profesión apunta a la necesidad de reclamar con firmeza la «base de conocimientos» sólida de la psicopatología que combina las dos perspectivas de «compresión» y «explicación» (3) de los fenómenos de las enfermedades psiquiátricas y es capaz de integrar dinámicamente conceptos nuevos, datos y avances tecnológicos de los dominios siempre cambiantes de la neurociencia, la genética y la epidemiología demográfica. Además, para citar al finado profesor L. Eisenberg (4), la psiquiatría en la actualidad sigue siendo «la única especialidad de la medicina con un interés persistente en el paciente como persona en una época cada vez dominada más por las subespecialidades de la medicina basada en órganos».

Lo que necesitamos es un esfuerzo concertado para cultivar una nueva generación de «científicos clínicos», que puedan re-integrar los aspectos fundamentales de la disciplina de la psiquiatría que en los últimos decenios se han distanciado.

Bibliografía

1. Torres D. What, if anything is professionalism. Institutions and the problem of change. *Research in the Sociology of Organizations* 1991;8:43-68.
2. Brown N, Vassilas CA, Oakley C. Recruiting psychiatrists – a Sisyphean task? *Psychiatr Bull* 2009;33:390-2.
3. Jaspers K. *General psychopathology*. Manchester: Manchester University Press, 1963.
4. Eisenberg L. Is psychiatry more mindful or brainier than it was a decade ago? *Br J Psychiatry* 2000;176:1-5.

Los pacientes deben poder obtener un beneficio máximo de las aptitudes médicas y la amplia formación de un psiquiatra

NICK CRADDOCK¹,
BRIDGET CRADDOCK²

¹Department of Psychological Medicine and Neurology, School of Medicine, Cardiff University, Health Park, Cardiff CF144XN, UK

²Mental Health Directorate, ABMU Health Board, Princess of Wales, Hospital, Brindgend, UK

H. Katschnig resume muchos de los aspectos que confrontan la psiquiatría y los psiquiatras a principios del tercer milenio. Aunque es relativamente escasa la discusión en torno a la interrogante planteada en el título («¿Son los psiquiatras una especie en peligro de extinción?»), el autor llega a la conclusión de que le resulta difícil imaginar la desaparición de la psiquiatría y reconoce que la especialidad necesita desarrollar una identidad positiva. Termina haciendo hincapié en que considera que un aspecto central es que las habilidades terapéuticas de un psiquiatra deben incluir intervenciones biológicas, psicológicas y sociales.

Estamos de acuerdo sustancialmente con gran parte de lo señalado en el artículo, incluso que es importante que la psiquiatría desarrolle una definición más clara de sus posibilidades y la experiencia y capacitación que necesitan sus médicos (1). Sin embargo, sospechamos que la parte de los problemas de identidad actuales ha surgido de una implantación demasiado inclusiva, a menudo vaga y con frecuencia indiscriminada de la máxima que dice que los psiquiatras deben abarcar los enfoques biológico, psicológico y social (2). Desde luego, es esencial que se tomen en cuenta todos estos dominios en el tratamiento y los psiquiatras deben tener el conocimiento y las aptitudes para comprender cuáles son las intervenciones más importantes y apropiadas en todos estos dominios —lo que comprende saber cuándo no serían útiles o serían dañinas las intervenciones específicas—. Sin embargo, como Katschnig lo señala, hay en la actualidad una amplia gama de colegas de la profesión muy capacitados que trabajan en la salud mental y para muchas intervenciones psicológicas y sociales estos otros profesionales pueden (y a menudo lo harán) estar mejor capacitados y más experimentados que un psiquiatra y casi siempre tendrán un menor coste por unidad de tiempo para aplicar la intervención. Por consiguiente, aunque

los psiquiatras puedan sentir que pueden o deberían poder aplicar todos los dominios de las intervenciones terapéuticas, ¿es esto realista o razonable? Consideramos que no lo es. Más bien, debemos preguntarnos cuáles son las destrezas especiales y la experiencia que los psiquiatras pueden utilizar para el beneficio de los pacientes. Poniéndolo en términos gerenciales: ¿cuáles son las características competitivas de un psiquiatra? Seguramente esto debe ser la parte central de la identidad positiva del psiquiatra.

Los psiquiatras tienen una capacitación médica. Son los miembros de un equipo de salud mental que cuenta con experiencia en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades físicas. Tienen la formación en las disciplinas biológicas de la fisiología, la bioquímica, la anatomía, la anatomía patológica y la farmacología. Se han capacitado en el diagnóstico. Dada la importancia de identificar los aspectos fundamentales lo más pronto posible y establecer al paciente en la vía terapéutica más apropiada, el psiquiatra puede emplearse para llevar a cabo y coordinar el proceso de evaluación diagnóstica inicial y para hacer los análisis diagnósticos más apropiados si surge nueva información. El psiquiatra está singularmente ubicado para tomar en cuenta las enfermedades físicas, como contribuyentes al cuadro psiquiátrico (p. ej., cuando la disfunción tiroidea contribuye a la alteración afectiva) o como un trastorno concomitante (p. ej., reconocer la presentación concomitante de la cardiopatía con la depresión) o como un efecto adverso del tratamiento psiquiátrico (por ejemplo la diabetes de tipo 2 que acompaña al tratamiento con antipsicóticos). Por último, además de las destrezas médicas centrales del psiquiatra, tiene la capacidad en aspectos psicológicos y sociales. En consecuencia, el psiquiatra está singularmente ubicado para obtener un panorama «general» que comprende los dominios biológico, psicológico y social en la evaluación. Así mismo, la capacitación médica resalta la importancia del pragmatismo (es decir, la disposición a utilizar lo que funcione en vez de apegarse estrictamente a escuelas específicas de pensamiento) y la necesidad de una base de evidencia.

En consecuencia, aunque los psiquiatras individuales tienen antecedentes, ex-

periencias e intereses muy variables, las contribuciones centrales singulares que pueden hacer en el equipo psiquiátrico son: a) valoración diagnóstica de base amplia, b) comprensión de la interfaz entre la enfermedad somática y la enfermedad psiquiátrica, c) comprensión de los aspectos «biológicos» del espectro biopsicosocial (1,3). Con los avances en los conocimientos sobre el funcionamiento del cerebro y los procesos que intervienen en las enfermedades psiquiátricas, incluidos los derivados de la biología molecular (4) y de los estudios diagnósticos por imagen (5), cabe esperar que la experiencia para la comprensión biológica se volverá cada vez más importante en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades mentales y será esencial que haya investigadores clínicos apropiadamente capacitados y diestros y médicos que puedan garantizar que los avances en los conocimientos se traduzcan en beneficios para los pacientes (1).

La psiquiatría es una «amplia catedral» y da cabida a una enorme gama de puntos de vista. De hecho, el modelo biopsicosocial por sí mismo puede considerarse como un concepto bastante mal definido que permitió a los médicos con cualquier punto de vista de la psiquiatría «firmar» y luego ejercer lo que quisiera (2). Tal vez lo que ahora necesitamos es morder el polvo y movernos a una definición más clara de las posibilidades de la psiquiatría en el siglo XXI, con un enfoque en las contribuciones especiales que pueden hacer los psiquiatras a la asistencia de los pacientes con enfermedades psiquiátricas. Esto debe ser claramente justificable basándose en la evidencia y la rentabilidad.

Concluimos utilizando la analogía introducida en la pregunta titular de Katschnig («¿son los psiquiatras una especie en peligro de extinción?»). Nuestro punto de vista es que la psiquiatría en la actualidad está en riesgo de pasar a una lista de especies en peligro de extinción. Hay muchas especies que compiten dentro del mismo hábitat. Si los psiquiatras no transmiten sus cualidades óptimas a las generaciones futuras de psiquiatras, se extinguirán y de hecho deberían extinguirse. Sólo es importante contar con psiquiatras si proporcionan una ventaja rentable para los pacientes. Creemos muy firmemente que los pacientes pueden obtener ventajas im-

portantes de las contribuciones psiquiátricas a la asistencia médica y que estarían en desventaja y bajo riesgo sin tales contribuciones (1).

Tal vez estamos entrando en un periodo de selección natural intensa del cual posiblemente surjan médicos que se especialicen en las enfermedades psiquiátricas y utilicen su experiencia médica y biológica y sus destrezas diagnósticas efectivamente en el contexto de una apreciación de los factores psicosociales y las modalidades

de tratamiento disponibles. Nos parece que Reil reconocería que tales médicos son miembros valiosos de la especialidad médica de la psiquiatría que el describió hace dos siglos (6).

Bibliografía

1. Craddock N, Antebi D, Attenburrow MJ et al. Wake-up call for British psychiatry. *Br J Psychiatry* 2008;193:6-9.

2. Ghaemi SN. The rise and fall of the biopsychosocial model. *Br J Psychiatry* 2009; 195:3-4.
3. Bullmore E, Fletcher P, Jones PB. Why psychiatry can't afford to be neurophobic. *Br J Psychiatry* 2009;194:293-5.
4. Craddock N, Owen MJ. The Kraepelinian dichotomy: going, going, but still not gone. *Br J Psychiatry* 2010;196:92-5.
5. Bassett DS, Bullmore ET. Human brain networks in health and disease. *Curr Opin Neurol* 2009;22:340-7.
6. Marneros A. Psychiatry's 200th birthday. *Br J Psychiatry* 2008;193:1-3.

Los años dorados de la psiquiatría están en el futuro

RODRIGO MUÑOZ

University of California, San Diego, CA, USA

Mis ideas sobre el artículo de H. Katschnig están muy influenciadas por mi formación y ejercicio clínico en EE UU. Aunque no tengo problemas con sus declaraciones sobre los desafíos actuales mi visión del futuro es diferente.

Robins y Guze (1) hace casi 40 años propusieron un grupo de criterios de validación para la esquizofrenia y otros diagnósticos psiquiátricos que constituyeron un fundamento crucial para establecer los criterios diagnósticos utilizados en la investigación psiquiátrica (2). Estos criterios se han modificado para aplicación clínica en DSM-III, DSM-IV, DSM-IV-R y ahora en preparación para el DSM-V. Ninguno de ellos se ha rechazado con base en las nuevas investigaciones pero se han modificado debido a los nuevos hallazgos. Esto no es diferente a los procesos diagnósticos continuados en otras ramas de la medicina. En lo personal creo que el proceso meticuloso de trasladar la investigación a mejores diagnósticos seguirá recibiendo críticas acaloradas, sobre todo por parte de quienes están menos interesados en la investigación en relación con el diagnóstico. Los interesados siempre pueden volver a cada diagnóstico y proponer nuevos proyectos de investigación que deberían producir nuevos enfoques diagnósticos basados en hechos clínicos.

No hay una equivalencia perfecta entre las características clínicas de los pacientes y las respuestas terapéuticas de manera que los avances todavía se basan en nuevas ideas y nuevos conocimientos. Gran parte de la investigación ha demostrado que la psicoterapia mejora los tratamientos somáticos y los pacientes con

el mismo diagnóstico pueden responder de manera diferente a los mismos tratamientos. Muchos otros colegas al igual que yo pensamos que la mayoría y probablemente todos los pacientes necesitan intervenciones verbales y la separación entre la psicoterapia y el tratamiento farmacológico es casi artificial. En lo personal estoy de acuerdo en que necesitamos «megaestudios» con la participación de psicofarmacoterapeutas y psicoterapeutas expertos así como un diseño y medición experimentales rigurosos. Mientras tanto, necesitamos utilizar con criterio la mejor información disponible, advirtiendo que no es sostenible una postura nihilista. Al igual que en toda la medicina, tenemos que experimentar con los mejores tratamientos disponibles buscando los mejores resultados posibles.

El artículo de H. Katschnig confirma que todos compartimos la misma atención que tiene lugar para casi cualquier clase de pensamiento con relación a los trastornos psiquiátricos. Un análisis representativo de la psiquiatría revela que ideas no relacionadas e incluso opuestas parecen tener cierta representación en nuestro campo. Me alegra que el inductivismo médico haya penetrado en forma progresiva la psiquiatría en los últimos 50 años, reemplazando gradualmente otros enfoques. El pensamiento inductivo ha proporcionado enfoques que acercan a la psiquiatría directamente al campo de la medicina. ¿Y qué hay sobre quienes se rehúsan a seguir el método de pensamiento inductivo y plantean ideas mínimamente validadas por la investigación rigurosa? En mi opinión, deberían tratarse según el valor verificable de sus ideas.

El camino al consultorio del psiquiatra es tortuoso y está lleno de senderos

laterales que se desvían del consultorio (3). Las demoras en el tratamiento a menudo fluctúan de seis a ocho años para los trastornos afectivos y de 9 a 23 años para los trastornos por ansiedad. La mayoría de los pacientes con trastornos psiquiátricos no acuden a un profesional psiquiátrico y un mínimo número acude a un psiquiatra (4). El problema de que a los psicólogos se les permita prescribir nunca se ha propuesto basándose en su capacitación demostrada, capacidad o desempeño. Se ha creado por el deseo de algunas personas de incrementar su ejercicio clínico. El problema no desaparecerá mientras haya grupos de presión entusiastas y legisladores dispuestos (5). Su principal obstáculo es su falta de capacitación, experiencia o conocimientos en la medicina práctica.

Al visitar muchos lugares en los EE UU y charlar con mis colegas sobre sus propias actividades el mensaje que he obtenido es que estamos atendiendo a todos los pacientes que podemos y hay un exceso de pacientes dispuestos que no han tenido acceso a los psiquiatras. No hay duda de que necesitamos más psiquiatras y mejores oportunidades para ofrecer un acceso fácil a nuestros consultorios.

La Replicación de la Encuesta Nacional sobre la Comorbilidad (3) estudió a pacientes con trastornos por ansiedad, afectivos, por control de impulsos y toxicomanías. De los casos en 12 meses, un 41,1% recibieron algún tratamiento en los últimos 12 meses, entre ellos un 12,3% tratados por un psiquiatra, el 16% tratados por un especialista en salud mental no psiquiátrico, un 22,8% tratados por un médico general, un 8,1% tratados por un proveedor de servicios humanos y un 6,8% tratados por un proveedor de medicina complementaria y alternativa.

Hay muchas posibilidades de que esta situación no se modifique sin estrategias que incrementen la educación del público en general sobre las enfermedades mentales y su tratamiento, acompañado de programas que incrementen el acceso a la atención psiquiátrica de calidad y programas que favorezcan la integración de la psiquiatría con otras especialidades (4). Una mejor información e integración formal parecen las mejores alternativas para la desorganización actual en las remisiones de los pacientes.

La historia de la psiquiatría se caracteriza por un reconocimiento progresivo por la medicina organizada, por planificadores de servicios, por legisladores, por las familias y, de manera más gradual, por el público general. Después de muchos años de aislamiento en hospitales estatales, la psiquiatría se halla ahora en hospitales privados y en casi todos los centros de atención médica en EE UU. A nivel nacional, estatal y local, la psiquiatría es parte de los esfuerzos para mejorar la medicina y favorecer el acceso a los servicios de calidad. En nuestro país, nuevas leyes están proporcionando pago igual por los servicios psiquiátricos. Estas leyes a menudo han sido posibles gracias a la cooperación de muchos líderes clave que tienen una comprensión personal sobre el efecto de las enfermedades psiquiátricas en sus familias.

Desde diciembre de 2008, hubo 4751 médicos residentes en programas psiquiátricos acreditados en EE UU (6). Deberíamos y de hecho estamos creando más espacios para la formación psiquiátrica, pero la psiquiatría sigue atrayendo a un sólido número de lo mejor de los médicos jóvenes.

Por estar íntimamente involucrado con la psiquiatría desde que me hallaba en la escuela de medicina, la identidad de «psiquiatra» me ha acompañado por decenios. Hasta ahora, no he tenido una oportunidad de arrepentirme de tal situación o de recibir comentarios desdeñosos a causa de una especialidad que ejerzo con un sentido de gran honor y distinción.

La psiquiatría ha estado creciendo considerablemente en sus fundamentos científicos, conocimientos sólidos del diagnóstico, mejores estrategias para evaluar el tratamiento, categoría entre las organizaciones médicas, respeto por quienes nos conocen y utilizan nuestros servicios y programas que mejor sirven a nuestros pacientes en nuestra sociedad. Los hechos no justifican el pesimismo el

futuro de la psiquiatría. Por el contrario, los años dorados de la psiquiatría están en el futuro.

Bibliografía

1. Robins E, Guze SB. Establishing of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970;126:983-7.
2. Feighner JP, Robins E, Guze SB et al. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry* 1972;26:57-63.

3. Wang PS, Berglund P, Olfson M et al. Failure and delay in initial treatment contact after first episode of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:603-13.
4. Wang PS, Lane M, Olfson M et al. Twelve-month use of mental health services in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:629-40.
5. Riba M. Presidential address. *Am J Psychiatry* 2005;162:2040-4.
6. Brotherton SE, Etzel SI. Graduate medical education, 2008-2009. *JAMA* 2009;302: 1357-72.

Conexión de una separación cultural en la medicina: ¿Una participación de los psiquiatras?

SHEILA HOLLINS

St. George's University of London, UK

En los países más ricos hay en la actualidad más psiquiatras que cirujanos y la brecha está creciendo. Un presidente reciente del UK Royal College of Surgeons comentó que será escasa la necesidad de casi todos los tipos de cirujanos en 10 años ya que gran parte de su trabajo se realizará de manera menos invasiva y con más eficacia por los radiólogos intervencionistas. No hay la perspectiva de tal desenlace con respecto a la psiquiatría en un futuro previsible. Como especialidad nuestro propósito final debería ser que nuestra experiencia y la de nuestros colegas de otras especialidades evolucionasen para brindar o apoyar intervenciones que son menos invasivas y más eficaces de lo que en la actualidad son.

Una de las críticas dirigidas a la psiquiatría por otros médicos es que nuestro conjunto de datos científicos es débil y que el pronóstico de las enfermedades psiquiátricas graves es desfavorable. Sin embargo, no hay duda de que este es el caso de «como le dijo la sartén a la cazuela, quítate que me tiznas». La ciencia en que se fundamenta gran parte del ejercicio de la medicina es débil. La diferencia puede radicar en la falsa confianza que otros médicos tienen en la utilidad de sus tratamientos y la falsa humildad que nosotros como psiquiatras tenemos en la eficacia de los nuestros (1). Tomemos por ejemplo el tratamiento de las arritmias cardíacas, por las cuales se puede ofrecer la ablación de una vía anómala en el músculo cardíaco puede ofrecerse, que aunque es muy

eficaz en la mayoría de los casos, conlleva un riesgo de complicaciones graves como accidente cerebrovascular, infarto de miocardio o muerte en un pequeño porcentaje de los pacientes. O consideremos el hecho de que el pronóstico para el primer diagnóstico de diabetes en un adulto es peor que el pronóstico para el primer diagnóstico de esquizofrenia. ¿Es útil esta información para poner en mejor perspectiva nuestros diagnósticos?

Estoy de acuerdo con Katschnig en que como profesión debemos adoptar un enfoque biopsicosocial, pero es un reto para los académicos psiquiátricos, directores y compradores de servicios psiquiátricos proteger este enfoque integral necesario. Los empeños de los neuropsiquiatras o de los psicofarmacólogos por alegar una superioridad con respecto a los psiquiatras sociales o los psicoterapeutas, y viceversa, en última instancia están lesionando nuestra especialidad y a nuestros pacientes. Pero algunos psiquiatras que se están enfocando en los aspectos muy especializados de la investigación del cerebro, o algunos especialistas de tercer nivel que proporcionan intervenciones técnicas basadas en evidencia pueden necesitar dejar el ejercicio biopsicosocial más amplio a otros colegas.

Desde mi punto de vista la conclusión de Katschnig no fue tan lejos. Me gustaría ver que la psiquiatría fortaleciera sus alianzas en la medicina y al mismo tiempo fortaleciera sus alianzas con los pacientes y las organizaciones de defensa y su comprensión y apoyo del paradigma del restablecimiento.

En la medicina esto significa promover más concienciación del enlace entre la salud mental y física y el reconocimiento de que todos nuestros sistemas corporales se ven afectados en cierta medida por la disfunción en otra parte. Hay algunos retos fascinantes e inesperados para nuestra comprensión de las causas y efectos. Por ejemplo, es bien sabido que los infartos de miocardio son más frecuentes en personas que están deprimidas pero ¿a qué se debe que el restablecimiento tras la depresión no parezca disminuir el riesgo de infarto de miocardio (2)?

Estos ejemplos explican por qué me parece que la psiquiatría debería reintegrarse en la medicina. Esto por sí mismo tendría gran utilidad para desestigmatizar las enfermedades psiquiátricas y la psiquiatría en la profesión médica.

Sin embargo, al mismo tiempo, estaríamos faltando a nuestra responsabilidad si no retuviésemos y desarrollásemos nuestros vínculos en la sociedad. Esto también mejoraría nuestras contribuciones al campo de la medicina ge-

neral, donde persiste una comprensión limitada de la importancia de las relaciones personales y el ambiente para una buena salud. El no desarrollarnos como psiquiatras sociales nos distanciaria de los usuarios de los servicios, de los cuidadores y de los colegas en disciplinas relacionadas. Es indispensable que podamos colaborar en el contexto de las vidas de las personas y lado a lado de los colegas con aptitudes más enfocadas. Y si bien parte de nuestros conocimientos y destrezas son compartidos por otras disciplinas, ninguna tiene nuestro fondo médico y comprensión del vínculo entre las enfermedades mentales y somáticas.

Hace varios años C. P. Snow (3) escribió sobre las «dos culturas», dirigiendo la atención a la grieta entre las ciencias y las humanidades. Lo que él aducía era a favor de una infusión a través de las barreras. Esto ayudaría a contrarrestar la ignorancia de la elite educada en las artes pero también la creencia simplista de que todo podría explicarse a través de la ciencia natural. Un ejemplo es el pos-

tulado desacreditado de que las personas pobres llevan la pobreza en sus genes, lo cual se creía ampliamente en el tiempo del movimiento eugénico a principios del siglo XX.

Como psiquiatras debemos resistir a todos estos esfuerzos por un reduccionismo biológico y hacer lo que podamos por unir las dos culturas. La psiquiatría debe seguir atrayendo a jóvenes médicos talentosos que contribuyan a la comprensión científica en la medicina pero que también aporten una comprensión de las humanidades y la vida misma.

Bibliografía

1. Academy of Medical Royal Colleges and Royal College of Psychiatrists. No health without mental health - The ALERT report. www.aomrc.org.uk.
2. Whooley MA. Depression and cardiovascular disease: healing the broken hearted. *JAMA* 2006;295:2874-81.
3. Snow CP. The two cultures. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

La psiquiatría está viva y saludable

STEVEN S. SHARFSTEIN

Sheppard Pratt Health System and Department of Psychiatry, University of Maryland School of Medicine, Baltimore, MD, USA

Hace más de 30 años, E. Fuller Torrey publicó «La muerte de la psiquiatría» (1). Pronosticaba el deceso de la psiquiatría basándose en que los trastornos del cerebro serían subsumidos en la especialidad neurológica y los problemas mentales serían asumidos por las profesiones relacionadas con la psicología. Al entrar en el siglo XXI, la especialidad de la psiquiatría no sólo está viva sino progresando. Está progresando debido al gran interés generado por los descubrimientos científicos del cerebro, las aplicaciones prácticas y crecientes de la psicofarmacología, el surgimiento de las nuevas ciencias sobre la genética y la salud mental así como el renovado interés en las intervenciones psicosociales y las psicoterapias.

Sin embargo, el motivo más fundamental de la supervivencia y el éxito de la psiquiatría tiene que ver con los continuados misterios de las enfermedades psiquiátricas y el temor a ellas que manifiestan los individuos en general. El estigma, el problema perenne que afecta a los pacientes tanto como al personal

sanitario, paradójicamente beneficia a la psiquiatría y ayuda a la supervivencia de esta especialidad de la medicina. Básicamente, nadie quiere a nuestros pacientes, excepto nosotros. El individuo con psicosis aguda, el demente, el que padece depresión mórbida y tendencias suicidas, el paranoide y el maniaco, el individuo con trastorno de la personalidad no son bien venidos por otras especialidades de la medicina o incluso por otras disciplinas de la salud mental, que compiten con nosotros, pero que prefieren tratar a las personas menos trastornadas o graves.

Los problemas de un ejercicio psiquiátrico satisfactorio y la supervivencia de la especialidad han tenido mucho menos que ver con las remisiones de los pacientes que con la adecuación del reembolso por los trabajos difíciles que implica el diagnóstico y el tratamiento de la persona con una enfermedad psiquiátrica grave. El pago por el tratamiento psiquiátrico de calidad es un reto en todas partes, sobre todo desde que la mayoría de nuestros pacientes son pobres (o finalmente se vuelven pobres). La epidemiología y la necesidad son claramente evidentes pero el financiamiento es inadecuado. En respuesta a este reto económico, la subespecialización está creciendo.

Las nuevas especializaciones en psiquiatría que a mi parecer, son una fortaleza y una fuente de optimismo para el futuro de la especialidad subrayan la naturaleza adaptativa del ejercicio psiquiátrico. Hace un decenio, escribí un pequeño artículo sobre el futuro de la especialidad, titulado «En el año 2099» (2). Hice una serie de predicciones, incluida una proyección de que la psiquiatría misma que se convertiría en una especialidad expandida, certificada en una de cuatro especialidades prácticas —neurociencia, psiquiatría médica, psicoterapia y psiquiatría social— con subespecialidad en geriatría, adultos, toxicomanías, discapacidades del desarrollo y forense. Y puesto que el cerebro continuaría siendo una frontera en el aprendizaje y la investigación en 2099, un mucho mayor número de médicos se considerarían especialistas psiquiátricos que en la actualidad.

Otro ejemplo de ajuste y adaptación por parte de los psiquiatras es la experiencia en Washington, D.C., del programa de beneficios para la salud de los empleados del gobierno a principios de la década de los 80. Por muchos años, los psiquiatras disfrutaron de una excelente cobertura de seguro a través del seguro financiado por empleados gubernamentales y dependientes, pero

en 1980, debido a las restricciones de presupuesto, estos beneficios se recortaron. La asistencia intrahospitalaria se limitaba a 60 días por año y las consultas externas a 30 por año. El beneficio ilimitado y el gran número de empleados gubernamentales que se avalaron a sí mismos han hecho de Washington D.C. un destino del ejercicio psiquiátrico y la máxima proporción de psiquiatras por población en EE UU en el ejercicio privado. Como resultado de este recorte, pronostiqué de que 100 a 200 psiquiatras de la zona de Washington D.C., tendrían que desplazarse para encontrar suficientes pacientes a fin de continuar con su ejercicio profesional. Al final del primer año que estudiamos, hubo una ganancia neta de 10 psiquiatras pese a estos pronósticos.

Una encuesta entre los miembros de la sociedad psiquiátrica de Washington

(3) esclareció los motivos de la supervivencia (incluso el crecimiento) de la especialidad pese a una recesión económica debida al recorte en los seguros. Lo que observamos fue que los psiquiatras rápidamente encontraban otro trabajo en los ámbitos social, forense y de atención sanitaria; reducían sus honorarios y podían recibir el pago por desembolso de pacientes cuando el seguro había pagado antes; y se las arreglaban para sobrevivir participando en puestos de salario parcial y ajustando su ejercicio clínico privado. La predicción del deceso de la psiquiatría en Washington, D.C., se exageró bastante.

Esto no es para restar importancia a los retos que H. Katschnig analizó en su excelente ensayo, sino que necesitamos no desesperarnos. Nuestras tecnologías pueden estar «a mitad del camino» es decir, ayudamos a las personas y a las

poblaciones a que estén mejor pero no sanos, y la mayor parte de nuestras enfermedades son crónicas y recidivantes. Sin embargo, nuestros éxitos aumentan la demanda por los servicios de nuestra especialidad y ahora hemos encontrado apenas una forma de obtener el pago adecuado por la calidad que le infundimos a nuestra tarea.

Bibliografía

1. Torrey EF. The death of psychiatry. Radnor: Chilton Book Co., 1974.
2. Sharfstein SS. In the year 2099. Arch Gen Psychiatry 1999;56:1151-2.
3. Sharfstein SS, Eist H, Sack L et al. The impact of third-party payment cutbacks on the private practice of psychiatry: three surveys. Hosp Commun Psychiatry 1984;35:478-81.

Psiquiatría: una profesión especializada o una especialidad de la medicina

FERNANDO LOLAS

Interdisciplinary Center for Bioethics, University of Chile, Chile

El ensayo de Heinz Katschnig es una descripción minuciosa de los retos que afrontan los psiquiatras en todo el mundo y que brinda una interesante oportunidad para reflexionar en lo que significa realmente la psiquiatría. El dilema puede plantearse mediante la siguiente interrogante: si la psiquiatría (y los psiquiatras) son la solución, ¿cuál es en realidad el problema? El «procedimiento eliminativo» nos llevaría a cuestionar lo que ocurriría si desapareciera la especialidad psiquiátrica. ¿Se deterioraría la salud de las poblaciones? ¿Padecerían más las personas? ¿Notaría alguien que ya no se dispone más de psiquiatras?

Todas estas son interrogantes difíciles. Son difíciles de plantear y de responder. Una profesión es una respuesta institucionalizada a una demanda social. Una demanda no es simplemente una necesidad o un deseo. Es una necesidad o un deseo percibido conscientemente por las personas y para cuya satisfacción están dispuestas a pagar, es decir, proporcionar a los médicos honorarios, dinero, prestigio, poder o afecto.

Es importante resaltar que la necesidad o el deseo percibidos radica en las personas y no en quienes brindan los ser-

vicios (1). Uno de los sucesos más infortunados de las sociedades posmodernistas es la aparición de las expertocracias, es decir, grupos de expertos que consideran que el progreso y el avance se basan exclusivamente en sus propias necesidades e intereses. En ocasiones, este suceso lleva a ignorar la demanda original que creó la experiencia. Los expertos se ocupan de mejorar su base de conocimiento, recurren a sus colegas para aprobación y aceptación y contienden para conocer las verdaderas necesidades de las personas sin confrontar las realidades cambiantes. El paternalismo típico de la profesión médica, caracterizado por la beneficencia sin autonomía, es una forma burda de pensamiento expertocrático basado en la idea de que «los médicos saben más».

El hecho de que los psiquiatras sean criticados es una advertencia de que la profesión debería analizar los fundamentos de su supuesto poder e influencia sobre los asuntos humanos. Al igual que muchas otras profesiones basadas en el conocimiento, el lado cognitivo de este conocimiento se ha considerado la base del poder profesional de los psiquiatras. Sin embargo, en lo que se refiere a la información especializada, la psiquiatría actual podría subsumirse en la neurología, la psicología, el trabajo social o el establecimiento de políticas. La búsqueda de poder en la base de conocimiento

no es apropiada, o no ha sido apropiada considerando los resultados. El ejercicio «basado en evidencia» de moda no aplica a muchos procedimientos psiquiátricos de diagnóstico, tratamiento o prevención. Los múltiples aspectos de una profesión aparentemente heterogénea, que van desde la especulación bohemia hasta la investigación empírica sólida, no encuentran una armonización apropiada en el ejercicio individual de los psiquiatras. A fin de honrar todos los discursos heterogéneos que constituyen la base de conocimiento histórica, deben sembrar a los «hombres del renacimiento» y esto pocas veces es el caso, sobre todo en una era de ejercicio de la profesión controlado por el estado o impulsado por el comercio (2).

En todo caso, lo que es necesario efectuar es reformular la demanda actual de una profesión que comprende tantos discursos dispares y tantos ejercicios tan diferentes. Esta reformulación sólo puede realizarse basándose en análisis objetivo de lo que las personas realmente demandan y que permiten los sistemas de asistencia sanitaria actuales. Sin embargo, la defensa de la profesión psiquiátrica hoy en día no puede fundamentarse exclusivamente en la base de conocimiento, competida por otras profesiones y limitada por leyes, reglamentos y grupos de presión en la sociedad.

Como proposición, tengo la firme convicción de que las personas realmente pueden apreciar, y por tanto pueden justificar un papel de experto de la clase que los psiquiatras podríamos proporcio-

nar, no es tanto el ejercicio «basado en evidencia» como la integración «basada en valor» del discurso y el conocimiento (3). El psiquiatra podría representar esa clase de armonizador general de la información que la utiliza en una forma prudente y puede ser un asesor, un terapeuta y un promotor de la salud sin chocar con médicos, psicólogos, abogados o trabajadores sociales. Desde la competencia hasta la integración, pasando por la etapa intermedia de la cooperación, los psiquiatras podrían ser los organizadores sistémicos de la asistencia sanitaria y la investigación y no insistir en man-

tenerse como uno más en las múltiples especialidades de la medicina que, por necesidad, podrían volver sus demandas irrelevantes.

La psiquiatría debería convertirse en una profesión especializada, para resolver los problemas de integralidad de enfoque y pertinencia humana que ningún otro experto prudente podría proporcionar. Desde luego, esto podría significar reorientar la enseñanza, la capacitación y el ejercicio profesional, pero está basado en una percepción de la demanda real y de una respuesta a los retos que ahora se están descubriendo y analizando (4).

Medicina, afecto y servicios psiquiátricos

**GEORGE IKKOS¹, NICK BOURAS²,
DANIEL MCQUEEN³, PAUL ST.
JOHN-SMITH⁴**

¹Barnet Enfield and Haringey Mental NHS Trust, Edgware, UK

²Maudsley International. Institute of Psychiatry, King's College, London, UK

³West London Mental Health NHS Trust, London, UK

⁴Hertfordshire Partnership Foundation, NHS Trust, St. Albans, UK

La historia señala razones tanto para el optimismo como para la cautela en torno al futuro de la psiquiatría (1).

Katschnig demuestra que la desconfianza del público en los psiquiatras refleja la percepción de la psiquiatría como una disciplina que confía excesivamente en el modelo biomédico. Dadas las incertidumbres con respecto a los conocimientos psiquiátricos, esto no es del todo ilógico. Lo que tal vez el público no comprenda es que las perspectivas alternativas pueden incluso tener menos evidencia de respaldo (2,3) y que las diferencias entre la psiquiatría y el resto de la medicina están menos marcadas que lo que algunos podrían desear o creer.

Katschnig también demuestra que la suspicacia se fundamenta en la relación estrecha de la profesión con la industria farmacéutica. El público teme que las limitaciones en nuestros horizontes intelectuales, junto con el interés en la ganancia personal, pueden ir en contra de lo que es mejor para los pacientes (4). Lo que es más difícil ver es el daño en que se incurre cuando no se dispone o se retrasa la valoración o el tratamiento psiquiátrico (3).

Según Jaspers, el psiquiatra ideal combina el escepticismo con la fe existencial y una personalidad poderosa (5).

La importancia del eclecticismo en el ejercicio clínico se ha subrayado recientemente (6). Es una parodia de la verdad que todos nos apegamos a un modelo biomédico estrecho. Sin embargo, esto es más una idea sobrevaluada que una desilusión, pues algunos representantes de la especialidad adoptan tal perspectiva. Kendler (7) ha resumido las pruebas que demuestran que los fenómenos similares en la salud y enfermedad en parte son explicables por diferentes modelos/perspectivas. El reduccionismo, sea biológico, psicológico o social, es intelectualmente insostenible y en la práctica potencialmente destructivo (1,3,8).

El filósofo del siglo XVII Spinoza aducía que la materia y el espíritu son dos aspectos de una sustancia universal (9). Podemos parafrasear: la madera y la cuerda son esenciales para fabricar un violín y la física ayuda a comprender cómo se produce el sonido, pero no tiene relevancia concreta para crear o disfrutar la sonata de Beethoven interpretada por Kreutzer. Nuestro filósofo mental contemporáneo John Searle aduce un razonamiento similar a la luz de la neurociencia (10). Estas cuestiones son de interés limitado para los neurólogos pero de gran relevancia para los psiquiatras.

Algunos psiquiatras están más interesados en la biología y algunos en el significado, pero los dos son esenciales para comprender a los pacientes (8). El afecto, concebido como sentimientos, emociones y perturbaciones (11) y manifestado en conciencia, comportamiento y relaciones en la familia y la sociedad, es el núcleo distintivo de la psiquiatría. La teoría evolutiva nos ayuda a comprender esto (12,13). La capacidad para comprender el afecto en formas bioló-

Bibliografía

1. Lolas F. Medical praxis: an interface between ethics, politics, and technology. *Soc Sci Med* 1994;39:1-5.
2. Lolas F. Theoretical medicine: a proposal for reconceptualizing medicine as a science of actions. *Journal of Medicine and Philosophy* 1996;21:659-70.
3. Lolas F. The axiological dimension of psychiatric diagnosis. *Acta Bioethica* 2009;15: 148-50.
4. Lolas F. La perspectiva psicosomática en medicina. Ensayos de aproximación, 2nd ed. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1995.

gicas (así como sociales y psicológicas) tanto en salud como en enfermedad es lo que distingue a la especialidad de las disciplinas hermanas, sobre todo la psicología cognitiva y comportamental y el trabajo social. Si la psiquiatría fuese a desaparecer, tendría que reinventarse. Sin embargo, es indispensable que todas las asociaciones psiquiátricas nacionales y programas de capacitación garanticen que la formación y el ejercicio clínico de los psiquiatras en los dominios biológico, social y psicológico, lo que comprende incorporar los pacientes como maestros (8,14,15). Sabemos que la WPA está respaldando esto (16).

Las pruebas indican que, cuando los pacientes ejercitan la opción, tiene más posibilidades de percibir el tratamiento en términos positivos y comprometerse al mismo (17). La preocupación de los psiquiatras no debería ser si los pacientes escogen otras profesiones sino más bien si el hacerlo es inocuo y eficaz (3,8). Hay cierta evidencia muy preliminar, por ejemplo, que indica que tal vez las enfermeras pueden prescribir con menos riesgo que los médicos jóvenes en los casos de demencia no complicados (18).

Paradójicamente, podrían ser bienvenidas las tendencias a permitir la prescripción no médica, como lo que ha ocurrido con las enfermeras en el Reino Unido en tiempos recientes, siempre y cuando esto ocurriera en forma segura (3,18,19), ya que eliminarían la envidia como una fuente de estigma contra los psiquiatras. La capacidad de otras profesiones para prescribir siempre será más limitada. Una preocupación más importante para los psiquiatras debería ser, como es el caso en el English National Health Service, que los pacientes tengan un acceso restringido a nosotros cuando podrían necesitar y preferir vernos en vez de a otros profesionales de la salud mental (3).

Los trabajadores sociales no especializados pueden proporcionar tratamientos inocuos y eficaces de los trastornos psiquiátricos dentro de un sistema de atención primaria funcional (20). Sin embargo, los modelos de asistencia colaborativa, en los cuales los especialistas juegan diversos papeles de formación de capacidades, interconsulta, supervisión, aseguramiento de la calidad y remiten adecuadamente a los pacientes, aumentan la eficacia y la sostenibilidad de tales programas asistenciales dirigidos por trabajadores sociales no especialistas (21). Los psiquiatras se basarán en fundamentos profesionales más sólidos en lo futuro si enfocan la capacitación más en el desarrollo de nuevo liderazgo de equipo y de las habilidades de facilitación (19,22).

H. Katschnig ha planteado nuestras relaciones con otras profesiones en términos completamente competitivos. Sin embargo, el profesionalismo en psiquiatría se favorece mediante la colaboración eficaz con otros (1). Un ejemplo de la colaboración interprofesional pionera entre los profesionales de la salud mental a nivel institucional es el Centro Colaborativo Psiquiátrico Nacional, operado en forma conjunta por la British Psychological Society y el Royal College of Psychiatrists y en el que intervienen ampliamente otros interesados pertinentes, incluso pacientes y cuidadores (1).

Bibliografía

1. Ikkos G. Psychiatry, professionalism and society; a note on past and present. In: Bhugra D, Malik A, Ikkos G (eds). *Psychiatry's contract with society*. Oxford: Oxford University Press (in press).
2. Nutt DJ, Sharep M. Uncritical positive regard? Issues in the efficacy and safety of psychotherapy. *J Psychopharmacol* 2008;22:3-6.
3. St. John-Smith P, McQueen D, Michael A et al. The trouble with NHS psychiatry in England. *Psychiatr Bull* 2009;33:219-25.
4. Carey B, Harris G. Psychiatric group faces scrutiny over drug industry funding ties. *New York Times*, July 12, 2008.
5. Clare A. *Psychiatry in dissent*. London: Routledge, 1980.
6. Shah P, Mountain D. The medical model is dead – long live the medical model. *Br J Psychiatry* 2007;191:375-7.
7. Kendler KS. Explanatory models for psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 2008;165: 695-70.
8. McQueen D, Ikkos G, St. John-Smith P et al. Psychiatry's contract with society: what do clinical psychiatrists expect?

- In: Bhugra D, Malik A, Ikkos G (eds). *Psychiatry's contract with society*. Oxford: Oxford University Press (in press).
9. Scruton R. *Spinoza: a very short introduction*. Oxford: Oxford University Press, 2002.
10. Searle JR. *Freedom and neurobiology: reflections on free will, language and political power*. New York: Columbia University, 2007.
11. Bennett MR, Hacker PMS. *The philosophical foundations of neuroscience*. London: Blackwell, 2003.
12. Brune M. *Textbook of evolutionary psychiatry: the origins of psychopathology*. Oxford: Oxford University Press, 2008.
13. Ottesen Kennair LE. Evolutionary psychology and psychopathology. *Curr Opin Psychiatry* 2003;16:691-9.
14. Ikkos G. Engaging patients/users as teachers of interview skills to new doctors in psychiatry. *Psychiatr Bull* 2003;27:312-5.
15. Ikkos G. Mental health services users involvement: teaching doctors successfully. *Primary Care Mental Health* 2005;3:139-44.

16. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008;7:129-30.
17. Sugarman P, Ikkos G, Bailey S. Choice in mental health: participation and recovery. *The Psychiatrist* 2010;34:1-3.
18. Cubbin S. Training and assessing independent nurse prescribers: a model for old age psychiatry. *Psychiatr Bull* 2009;33:350-3.
19. McQueen D, St. John-Smith P, Ikkos G et al. Psychiatric professionalism, multidisciplinary teams and clinical practice. *European Psychiatric Review* 2009;2:50-6.
20. World Health Organization and World Organization of Family Doctors. *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Geneva: World Health Organization and World Organization of Family Doctors, 2008.
21. Patel V. The future of psychiatry in low and middle income countries. *Psychol Med* 2009;39:1759-62.
22. Bhugra D. Psychiatric training in the UK: the next steps. *World Psychiatry* 2008;7:117-8.

La psiquiatría como una especialidad de la medicina: retos y oportunidades

WOLFGANG GAEBEL, JÜRGEN ZIELASEK, HELEN-ROSE CLEVELAND

Department of Psychiatry and Psychotherapy, Heinrich Heine University, Düsseldorf, Germany

La cuestión de la identidad de la psiquiatría como una especialidad en la medicina ha sido tema de gran debate en esta primera década del nuevo siglo. Los avances tecnológicos para detectar las señales del cerebro a través de la magnetoencefalografía, la resonancia magnética nuclear, la tomografía por emisión de positrones y otras técnicas, lo mismo que los avances en el tratamiento psiquiátrico también aumentaron la necesidad de definir la especialidad y sus métodos diagnósticos y terapéuticos específicos.

Se debe resaltar que la psiquiatría es una parte integral de la medicina. Como G. Gabbard lo expuso en 1999, los psiquiatras ocupan un «nicho singular» entre las especialidades de la medicina porque son «quienes integran por excelencia lo biológico y lo psicosocial tanto en el diagnóstico como en el tratamiento» (1). Por consiguiente, el psiquiatra es el médico más apto para desentrañar la relación a menudo compleja entre fac-

tores biológicos, psicológicos y sociales en los trastornos tanto somáticos como mentales. Aunque en relación con esta idea del psiquiatra como un «generalista biopsicosocial», son recomendables más diferenciaciones y especializaciones a fin de hacer frente a las complejidades diagnósticas y terapéuticas del campo, es importante que se promueva la identidad de la especialidad y su fortaleza integradora.

Determinados temas de la psiquiatría contemporánea asumen un protagonismo central en el fondo de este tema constante con respecto a la identidad de la psiquiatría y el psiquiatra. En Europa, la psiquiatría se está volviendo cada vez más «europeizada» conforme va aumentando la unificación política. La Union of European Medical Specialists (Unión de Especialistas en Medicina Europea) definió las competencias centrales de un psiquiatra en 2005 (2) y ahora ofrece una certificación de los programas de formación de especialistas en psiquiatría. Las asociaciones psiquiátricas de los diferentes países están comenzando a adoptar una perspectiva de orientación más internacional, como la Asociación Alemana para la Psiquiatría y la Psicoterapia.

pia (DGPPN), que ha sido sede de varias asambleas y debates de presidentes de otras asociaciones psiquiátricas europeas en un foro de líderes europeos durante su congreso anual de Berlín en 2007. En los últimos dos años, la Asociación Psiquiátrica Europea (EPA) ha estado analizando nuevas oportunidades, por ejemplo, al llevar a cabo un programa internacional para desarrollar una guía europea con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia psiquiátrica y minimizar las brechas en la asistencia psiquiátrica en Europa al brindar información basada en evidencia y asesoría. Además, el establecimiento de directrices internacionales es un aspecto importante para descubrir una base común en psiquiatría al nivel europeo o incluso global, ejemplificado en la colaboración de ADAPTE (3), que promueve el desarrollo y el empleo de directrices internacionales mediante la adaptación de las directrices existentes.

La WPA promueve la colaboración internacional y la investigación en la asistencia psiquiátrica. Dos nuevos programas de investigación internacional que abordan las cuestiones importantes referentes a cómo incorporar un mayor número de médicos jóvenes en la psiquiatría y de qué manera superar la estigmatización de la psiquiatría y los psiquiatras, fueron instaurados por la WPA en 2009 y en tiempos recientes han comenzado su operación (4,5). La incorporación de una fuerza de trabajo integrada por médicos jóvenes en la psiquiatría y el conservarlos tiene una importancia central para la especialidad y asociaciones psiquiátricas nacionales como la DGPPN han comenzado iniciativas que comprenden la financiación de la participación de los estudiantes de medicina en el congreso anual y un programa tutorial con guía experta de colegas jóvenes en psiquiatría.

Aunque se han realizado muchas investigaciones en torno a las actitudes de los estudiantes de medicina hacia la psiquiatría y los estigmas y la imagen pública de las personas con enfermedades psiquiátricas, se carece de bibliografía que aborde el estigma de los psiquiatras y la psiquiatría como una especialidad de la medicina. Otro aspecto que también se ha descuidado es la autoestigmatización por los psiquiatras. Como lo menciona Katschnig, la WPA se está ocupando actualmente de estos aspectos.

Los médicos jóvenes a menudo son atraídos por la psiquiatría a causa de que la actividad integradora entre «la mente

y el cerebro» yace en el corazón de la especialidad. La investigación en este campo está avanzando a un ritmo sorprendente y no sólo comprende las técnicas de diagnóstico por la imagen sino también la conceptualización de los trastornos psiquiátricos y el desarrollo de una teoría integradora de la psiquiatría como uno de los principales retos científicos para el futuro. En este contexto, las descripciones científicas actuales en el marco del desarrollo del DSM-V y la ICD-11 juegan un papel importante, ya que tocan aspectos centrales de la psiquiatría como especialidad de la medicina. Algunos de estos aspectos conceptuales importantes son la cuestión de añadir síndromes de riesgo, la cuestión de si son convenientes las evaluaciones dimensionales además de las categóricas, el si los fundamentos neurobiológicos de la fisiopatología de los trastornos psiquiátricos se conocen lo suficiente para garantizar su inclusión en los criterios diagnósticos, si nuevas categorías de conglomerados generales de síntomas (como el conglomerado «psicosis») son útiles o cómo redefinir operativamente factores especificadores de la evolución y el pronóstico. Tomando en cuenta la globalización de la investigación psiquiátrica, con los números crecientes de estudios internacionales, sería muy conveniente una armonización de los criterios en los dos sistemas de clasificación.

La investigación psiquiátrica y la conceptualización de los trastornos mentales son temas importantes que van más allá de la operacionalización de los sistemas de clasificación. La psicopatología es una de las capacidades centrales de un psiquiatra y ésta debe reenfocarse, según lo señala correctamente N. Andreasen (6). Las tendencias recientes en la neurociencia respaldan esta perspectiva, ya que cada vez resulta más claro que el cerebro utiliza diferentes módulos funcionales para desempeñar sus funciones normales y que las alteraciones de tales módulos pueden considerarse como la raíz de los trastornos mentales (7), como ya lo propuso el finado Kraepelin (8).

Sin embargo, más allá de tales aspectos de la investigación que bien pueden prolongarse hacia los próximos decenios, hay una necesidad apremiante para mejorar la atención psiquiátrica en el futuro cercano. La asistencia integrada cada vez cobra más importancia. Sin embargo, la necesidad de delegar competencias psiquiátricas a otros profesionales no médi-

cos no puede ser equivalente a sustituir a los psiquiatras en estos campos, lo cual debería evitar (9). La investigación sobre la asistencia psiquiátrica necesita obtener más apoyo de organismos financiadores además de la investigación neurocientífica y farmacológica. Así mismo, la investigación basada en evidencia en psicoterapia es sin duda hasta ahora un campo de investigación que se ha descuidado. Por consiguiente, el avance coordinado e integrado en todos estos aspectos de la asistencia psiquiátrica es de esperar que sea impulsado desde diversos ángulos y que conduzca a una menor estigmatización, a una mejor asistencia sanitaria y a mejores resultados para los pacientes con trastornos psiquiátricos. Las asociaciones psiquiátricas nacionales e internacionales desempeñan un papel central en este empeño, ya que la integración de la investigación y la asistencia somática y mental ha sido el principio central de la psiquiatría en el último siglo.

La psiquiatría al parecer está avanzando en el logro de esta integración y afrontando con éxito los retos internos y externos como una fase integral de la medicina en el siglo XXI. Los psiquiatras no están en peligro si afrontan activamente estos retos.

Bibliografía

1. Gabbard G. The psychiatrist as psychotherapist. In: Weissman S, Sabshin M, Eist H (eds). *Psychiatry in the new millennium*. Washington: American Psychiatric Press, 1999:163-78.
2. Union of European Medical Specialists. www.uempsychiatry.org.
3. ADAPTE Collaboration. www.adapte.org.
4. M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008;7:129-30.
5. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2009;8:65-6.
6. Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophr Bull* 2007;33:8-12.
7. Zielasek J, Gaebel W. Modern modularity and the road towards a modular psychiatry. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 258(Suppl. 5):60-5.
8. Gaebel W, Zielasek J. The DSM-V initiative "Deconstructing psychosis" in the context of Kraepelin's concept on nosology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008;258(Suppl. 2):41-7.
9. Gaebel W. Psychiatry as a medical discipline. *Die Psychiatrie* 2004;1:9-24.

Los psiquiatras prevalecerán

FELICE LIEH-MAK

University of Hong Kong, China

Hay que felicitar a H. Katschnig por presentar una evaluación muy metódica de los retos que afronta la psiquiatría. Mi respuesta a esta pregunta de si los psiquiatras son una especie en peligro de extinción es un no absoluto. Esta respuesta no es alguna fantasía panglosiana. La psiquiatría ha estado integrada firmemente como una especialidad de la medicina por más de 200 años. En la evolución de su historia ha habido profecías jeremiáticas repetidas sobre su deceso. Para parafrasear a Mark Twain, se han exagerado bastante los rumores del deceso de la psiquiatría.

La necesidad de psiquiatras es considerable. La Organización Mundial de la Salud estima que en un determinado momento 450 millones de personas padecen alguna forma de trastorno mental o cerebral (1). Un 20 a 30% de los pacientes con enfermedades no quirúrgicas padecen un trastorno psiquiátrico y las enfermedades somáticas son prolongadas por los factores psicológicos. Katschnig planteó los problemas en función de los retos. Esto es un enfoque positivo ya que los retos son una invitación para la acción. Como psiquiatras tenemos que armarnos contra este mar de problemas. Las estrategias son diversas y la mayor parte necesitarán un enfoque congruente y coordinado a largo plazo.

De las cinco características de una profesión mencionadas por Katschnig, sólo tres pueden considerarse como esenciales: el poseer una serie especializada de aptitudes y conocimiento, una obligación para garantizar normas asistenciales de gran calidad y conducta ética. La autonomía en determinar las normas para aceptar o descartar a los miembros y para recibir una categoría destacada en la sociedad son productos de los tres precedentes. Los escándalos políticos, la degradación del medio ambiente en aras del progreso, las fallas percibidas de la globalización del comercio para ayudar a los pobres y la crisis económica que arroja dudas sobre la capacidad del sistema para lidiar con la economía son todos factores que actúan en sinergia para alimentar el incremento de los sentimientos populistas en Suda-

mérica, Europa y Norteamérica. La propia índole del populismo es antelitista. En este contexto los profesionales son considerados como elite con una categoría y poderes especiales que privan al pueblo soberano de sus derechos, identidad y voz. Por consiguiente, los profesionales se convierten en chivos expiatorios convenientes de los problemas personales locales.

Las revistas científicas de medicina dan preferencia a la publicación de los resultados favorables. Los medios prefieren difundir las malas noticias. Después de todo, las malas noticias generan más dinero que las buenas. En la actual *zeitgeist*, no es de sorprender ver a todos los grupos profesionales, incluidos los psiquiatras, sujetos al ataque. Estas son épocas dolorosas y algunos profesionales pueden tratar de comprometerse diluyendo sus normas éticas o desautorizando su conjunto especializado de conocimientos. Esto no sólo es cortedad de miras sino también un enfoque contraproducente que no deberían adoptar los psiquiatras, pues de lo contrario perderán de manera irremediable su estatus profesional. Es tiempo de mantenerse estable en las propiedades esenciales de nuestra especialidad, ya que el populismo es una tormenta política que pasará con el tiempo. Mientras tanto, tenemos que vivir y luchar cada día.

La mayor parte de las categorías diagnósticas psiquiátricas no son validadas por pruebas objetivas. Hay una limitación grave, pero no debiera impedirnos de hacer el uso más estricto de la información fenomenológica. Es muy injusto y simplista clasificar el DSM y la ICD como ejercicios jerárquicos. Las categorías y los dos sistemas son el producto de decenios de observaciones cuidadosas y de documentación por los médicos. A su vez, están sujetas a estudios de campo e investigación y refinamiento adicionales correspondientes. Los trastornos comprendidos en el DSM y la ICD no son dogmáticos. Están sujetos a la prueba poperiana de falsificabilidad.

Es impresionante el número de científicos que participan en la investigación en genética, neurociencias y psicofarmacología. Vemos los inicios del descubrimiento de la base neurobiológica y genética de algunos trastornos psiquiátricos.

Hay un conocimiento creciente de los mecanismos por los cuales los factores psicológicos y sociales interactúan con los genéticos, bioquímicos y estructurales. Si bien es difícil prever la índole del próximo cambio del paradigma, es improbable que esto lleve al deceso de la psiquiatría. El descubrimiento de *Helicobacter pylori* no ha desencadenado la declinación de cirujanos que se especializan en gastroenterología. La dimensión de la endoscopia ha hecho que los médicos y los cirujanos desarrollen su propia habilidad. Siempre hay cierto grado de solapamiento entre las diferentes especialidades de la medicina en función de los pacientes que tratan. El cambio de paradigma en el trastorno psiquiátrico no debe ser un juego de suma de cero entre los neurólogos y los psiquiatras. Hay suficiente trabajo para todos.

No hay escasez de críticas en la medicina moderna. El filósofo eminente de la medicina social T. McKeown (2) sostenía que las intervenciones médicas tienen escaso efecto sobre las tasas de mortalidad y consecuencias menores sobre la morbilidad. El polemista social I. Illich (3) declaró que «el sistema médico se ha convertido en un importante riesgo para la salud. La repercusión discapacitante del control profesional de la medicina ha alcanzado la proporción de una epidemia». Los estudios sobre los mecanismos de los infartos de miocardio indicaron que los tratamientos invasivos cada vez más frecuentes como la derivación quirúrgica, la angioplastia y las inserciones de endoprótesis podrían ser inútiles al igual que peligrosos. Por tanto, no es de sorprender que se hayan planteado dudas sobre la eficacia de los psicofármacos. Estas críticas no debieran ser motivo para que los psiquiatras se retraigan en un estado de impotencia congelada. La realidad yace en el hecho de que los psicofármacos han ayudado a mejorar las vidas de muchos pacientes psiquiátricos. Las investigaciones sobre nuevas intervenciones farmacológicas continuarán. Los médicos deberían seguir apegándose a buenos procedimientos de psicofarmacología mediante el establecimiento del diagnóstico apropiado, la identificación de las dianas sintomáticas que responden a la medicación, la vigilancia de la eficacia y evitar el empleo de la polifarmacia.

Concluiré este comentario parafraseando a W. Faulkner: nosotros los psiquiatras no sólo perduraremos; prevaleceremos,

pues tenemos un espíritu que es capaz de compasión, sacrificio y resistencia.

Bibliografía

1. World Health Organization. The world health report. Mental health: new unders-

tanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.

2. McKeown T. The role of medicine: dream, mirage, or nemesis? Princeton: Princeton University Press, 1979.
3. Illich I. Medical nemesis: the expropriation of health. London: Boyars, 1975.

La psiquiatría y el psiquiatra tienen un gran futuro

DAVID M. NDETEI

University of Nairobi and Africa Mental Health Foundation, Nairobi, Kenya

Recordando a Szasz (1), Katschnig aduce que la psiquiatría está en riesgo, de no resistir al escrutinio como disciplina médica o de ser pirateada por los profesionales no médicos. Considero que: a) la psiquiatría está pasado por lo que otras disciplinas han pasado y que surgirá mucho más fuerte; b) la psiquiatría y los psiquiatras no están en riesgo; y c) depende de la psiquiatría hacer frente al estigma.

Pese al paralelismo evidente entre el DSM y la ICD, ha habido una convergencia creciente aunque incompleta entre las versiones sucesivas de las dos clasificaciones. Se ha demostrado que sirven al propósito de descripciones específicas de los trastornos basadas en cuáles intervenciones son apropiadas y deben llevarse a cabo.

Hay muchos ejemplos históricos que indican que no deberíamos despreciar lo poco que sabemos en un determinado momento. La clasificación botánica rudimentaria de los siglos XVII y XVIII a través de los años ha evolucionado hacia las clasificaciones complejas actuales. Lo que Hipócrates decía sobre la epilepsia hace más de 2000 años fue autenticado sólo en tiempos recientes y lo mismo es aplicable a la enfermedad de Alzheimer y muchos otros trastornos somáticos, gracias a la tecnología siempre creciente.

No siempre podemos distinguir entre los verdaderos trastornos mentales y las reacciones homeostáticas a los sucesos vitales adversos. Esto es más apremiante que nunca, pero se aplica tanto a los trastornos mentales como a los somáticos, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares, los trastornos inmunitarios y la diabetes, en relación con el estrés.

Los paradigmas sociológicos de la autonomía profesional (2) no pueden aplicarse en su totalidad a ninguna sola disciplina médica, dada la disponibilidad ilimitada y acceso a la información, el derecho y la demanda de conocimiento por parte de los pacientes y sus familiares, el cambio cada vez más frecuente de asignar tareas tradicionalmente realizadas por los médicos a personas que no son médicos (3) y la opción cada vez mayor por la medicina alternativa que ejercen quienes no son médicos.

El psicoanálisis según lo ejercía Sigmund Freud y sus contemporáneos, la electroterapia convulsiva no modificada, la angiografía carotídea sistemática para el accidente cerebrovascular, etcétera, todos han sido reemplazados por métodos más basados en evidencia que hoy en día se ponen en práctica, los cuales a su vez pueden volverse obsoletos en el futuro cercano. Todo esto es indicio de una confianza creciente en la base de conocimientos dinámica de las intervenciones terapéuticas.

Por lo que respecta a las cuestiones éticas, la psiquiatría no está sujeta en sí a conflicto de intereses más que otras disciplinas de la medicina, sobre todo en relación con la industria farmacéutica.

La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud proporciona una base teórica multidisciplinaria y coherente para todas las ramas de la medicina. La subespecialización creciente en psiquiatría refleja el mismo incremento en todas las disciplinas de la medicina y un aumento de la base de conocimientos. Se han introducido nuevos términos tanto en la psiquiatría como en la medicina física. Los grupos de presión antipsiquiatría han introducido el «usuario sobreviviente». El término «cliente» tiene la connotación positiva de que el paciente juega un papel para mejorarse. El término «consumidor», utilizado en todas las

disciplinas de la medicina, es apropiado pues resalta la importancia de que todos los servicios médicos deben contribuir a lo que es mejor para el paciente.

Imposibilitadas para satisfacer todas las demandas, todas las disciplinas de la medicina, sin renunciar a sus esfuerzos para incrementar su base de recursos humanos, han buscado la participación de profesionales afines pero no médicos que han recibido diferentes nombres, por ejemplo, los psicólogos clínicos en psiquiatría y los psicoterapeutas, los técnicos en electroencefalografía y laboratorio en medicina física. Es verdad que la psiquiatría es una de las disciplinas más afectadas, pero la WPA está haciendo lo posible por abordar este asunto. Más en psiquiatría pero también en algunas otras áreas de la medicina física, el estigma es un impedimento que debe confrontarse, así como ocurrió en el caso de la infección por VIH/SIDA. La WPA está al frente de este esfuerzo (4,5) estos retos representan oportunidades para mejorar.

No puedo decir más sobre el futuro de la psiquiatría que lo que Kraepelin dijo hace casi 100 años: «la naturaleza de casi todos los trastornos psiquiátricos ahora es desconocida. Sin embargo, nadie negará que las investigaciones adicionales descubrirán nuevos hechos en una ciencia tan joven como la nuestra; en este sentido, las enfermedades producidas por la sífilis son una enseñanza objetiva. Es lógico asumir que tendremos éxito en descubrir las causas de muchos otros tipos de enfermedad mental que puedan prevenirse —tal vez incluso curarse— aunque por el momento no tenemos la más mínima idea» (6). Cien años después, sabemos exponencialmente mucho más y casi a diario realizamos nuevos descubrimientos. Los trastornos psiquiátricos y sobre todo la depresión están rápidamente ascendiendo a la cima como las causas principales de la morbilidad, superando a las enfermedades transmisibles, las enfermedades metabólicas, las neoplasias malignas y los padecimientos cardiovasculares (7). La base de conocimientos se ha intensificado mediante el incremento exponencial de la tecnología (concordancia de genotipo/fenotipo, técnicas de diagnóstico por la imagen, etc.) y los esfuerzos multidisciplinarios concertados.

La psiquiatría tiene un futuro. El psiquiatra tiene un lugar seguro en ese futuro.

Bibliografía

1. Szasz TS. Schizophrenia, the sacred symbol of psychiatry. *Br J Psychiatry* 1976;129:308-16.
2. Torres D. What, if anything is professionalism. *Institutions and the problem of change. Research in the Sociology of Organizations* 1991;8:43-68.
3. World Health Organization. Task shifting: global recommendations and guidelines. Geneva: World Health Organization, 2007.
4. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008;7:129-30.
5. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2009;8:65-6.
6. Kraepelin E. One hundred years of psychiatry. New York: Philosophical Library, 1917/1962.
7. World Health Organization. Investing in mental health. Geneva: World Health Organization, 2003.

Hipomanía: una perspectiva transcultural

JULES ANGST¹, THOMAS D. MEYER², ROLF ADOLFSSON³, PETER SKEPPAR⁴, MAURO CARTA⁵, FRANCO BENAZZI⁶, RU-BAND LU⁷, HAI-CHEN YANG⁸, CHENG-MEI YUAN⁸, PAOLO MORSELLI⁹, PETER BRIEGER¹⁰, JUDIT KATZMANN¹¹, INES ALICE TEIXEIRA LEO^{12,13}, JOSÉ ALBERTO DEL PORTO¹², DORIS HUPPFELD MORENO¹², RICARDO A. MORENO¹², ODEILTON T. SOARES¹², EDUARD VIETA¹⁴, ALEX GAMMA¹

¹Psychiatric Hospital, University of Zurich, P.O. Box 68, CH-8029 Zurich, Switzerland; ²Institute of Neuroscience, University of Newcastle, UK; ³Department of Clinical Sciences, Division of Psychiatry, University of Umeå, Sweden; ⁴Psychiatry Clinic, Sunderby Hospital, Luleå, Sweden; ⁵Department of Public Health, University of Cagliari, Italy; ⁶Hecker Psychiatric, Research Center, Forlì, Italy; ⁷Department of Psychiatry, National Chen Kung University, Taiwan; ⁸Shenzhen Mental Health Institute Shenzhen and Mental Health Centre of Shanghai, China; ⁹GAMIAN, Paris, France; ¹⁰Bezirkskrankenhaus Kempten/Allgäu and Medical Faculty, University of Ulm, Germany; ¹¹Martin Luther-University, Halle-Wittenberg, Germany; ¹²University of Sao Paulo, Brazil; ¹³Military Hospital of Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil; ¹⁴Bipolar Disorders Programme, Hospital Clinic, University of Barcelona, Spain.

En este estudio se analiza la consistencia transcultural de un instrumento de detección de la hipomanía, la Lista de Cotejo de la Hipomanía-32, versión en su primera edición (HCL-32R1). Fue realizada en 2606 pacientes de 12 países de cinco regiones geográficas (Europa del Norte, Europa del Sur y Europa del Este, Sudamérica y Asia Oriental). Además, GAMIAN Europa contribuyó con datos de sus integrantes. Se utilizaron análisis factoriales exploradores y confirmadores para examinar la estabilidad transcultural de las propiedades de medición de la HCL-32R1, que incluyen la influencia del género sexual y la edad como covariables. Se confirmó una estructura transcultural de dos factores: el primer factor (F1) reflejaba los aspectos más positivos de la hipomanía (el ser más activo, exaltado, con seguridad en sí mismo y con cognición más intensa); el segundo factor (F2) reflejaba los aspectos más negativos (ser irritable, impulsivo, descuidado, con más uso de drogas). Las propiedades de medición de la HCL-32R1 en gran parte no variaron en las diferentes culturas. Sólo algunos apartados mostraron diferencias transculturales en su relación con la hipomanía según se determinó mediante la prueba. F2 fue más elevado en los varones y en los síndromes maniacos más graves; F1 fue más intenso en Europa del Norte y del Este y en la porción más baja de Sudamérica. Las calificaciones disminuyeron un poco con la edad. La frecuencia de los 32 apartados mostró similitudes notables en diferentes zonas geográficas con dos excepciones; los europeos del sur tenían frecuencias de síntomas más bajas en general y los europeos del Este frecuencias más elevadas de uso de sustancias. Estos hallazgos respaldan la aplicabilidad internacional de la HCL-32R1 como el instrumento de detección de la hipomanía.

Palabras clave: Hipomanía, HCL-32 R1, consistencia transcultural.

(*World Psychiatry* 2010;9:41-49)

Los estudios mundiales transculturales son muy importantes para definir diagnósticos internacionalmente válidos de los trastornos psiquiátricos con base en síntomas centrales estables. Estudios a gran escala realizados en todo el mundo sobre la esquizofrenia y la depresión (1-3) han mostrado la estabilidad de conglomerados de síntomas centrales en las diversas culturas con algunas variaciones. A nuestro entender, no hay un estudio equivalente sobre la hipomanía o la manía.

El trastorno bipolar es un problema infradiagnosticado. Los criterios que se proporcionan en los manuales diagnósticos actuales supradiagnostican la depresión pura a expensas de la bipolaridad y diversas variables pueden llevar a un diagnóstico erróneo de trastorno bipolar en situaciones de entrevista no estructuradas (4,5). Los instrumentos de autovaloración de la hipomanía, como el Cuestionario del Trastorno Afectivo (MDQ,6), la Lista de Cotejo de la Hipomanía-20 (HCL-20,7) y la Lista de Cotejo de la Hipomanía-32 (HCL.32,8) son útiles para detectar la hipomanía y se ha demostrado que son aplicables y fiables. En este estudio se presentan los datos de pacientes de varias culturas obtenidos por médicos con el empleo de la HCL-32 R1 (R1 = primera versión editada).

Los análisis de factores exploradores (EFA) de pequeñas muestras clínicas o no clínicas de diferentes países una y otra vez han demostrado una estructura de dos factores de la hipomanía según se evalúa mediante la HCL-32 R1 (9-16). Holtzman y cols., (17) observaron una estructura de tres factores en

una muestra no clínica de adolescentes alemanes, en tanto que Rybakowski y cols., (18) observaron cuatro factores en una muestra de pacientes polacos.

El presente estudio amplía los análisis al evaluar si una solución de dos factores también es apropiada para una muestra combinada más extensa que combine los datos de 12 países diferentes. Nuestro propósito fue dar respuesta a las siguientes preguntas: a) ¿mide la HCL-32 las manifestaciones de la hipomanía de una manera uniforme en diversas culturas («invarianza de la medición»)? B) ¿hay diferencias transculturales en los grados de los factores o en los efectos de las covariables (género sexual, edad) sobre los factores y los apartados?

MÉTODOS

Diecisiete muestras independientes de pacientes con trastornos afectivos de 12 países, localizadas en cinco regiones geográficas (Europa del Norte, Europa del Sur, Europa del Este, Sudamérica y Asia Oriental), que comprendían 2,206 pacientes fueron evaluados con la HCL-32 R1 (tabla 1). La mayor parte de los datos fueron obtenidos por los investigadores clínicos en el campo de los trastornos afectivos. La muestra fue enriquecida con los datos recogidos por la GAMIAN Europa (n = 457), una organización internacional para la defensa del paciente. La mayor parte de los datos proviene de Europa del Norte y del Sur; un grupo extenso (más de 600) provienen de Asia Oriental

Tabla 1. Características de la muestra según país y región

Región	País	N	Género (porcentaje de mujeres) ^a	Edad (media ± DE) ^b	Diagnósticos	
					% UP ^c	% DP ^c
N-Europa	Bélgica	38	55,3	47,3 ± 9,55	2,6	84,2
	Alemania	132	65,2	50,4 ± 14,71	0,0	25,8
	Países bajos	73	58,9	47,6 ± 9,45	0,0	97,3
	Suecia	429	59,0	50,2 ± 16,55	24,0	72,3
	Total	672	60,0	49,8 ± 15,28	15,5	66,5
S-Europa	Italia	336	64,0	45,3 ± 12,96	32,4	62,2
	Portugal	85	60,0	41,9 ± 13,24	4,7	77,7
	España	266	63,5	43,7 ± 11,79	21,8	54,5
	Total	687	63,3	44,3 ± 12,59	24,9	61,1
E-Europa	Croacia	99	39,4	47,0 ± 8,93	38,4	13,1
	Rusia ^d	44	43,6	42,7 ± 13,65	-	-
	Total	193	41,5	44,9 ± 11,63	19,7	6,7
S-América	Brasil ^e	423	63,8	44,1 ± 11,88	9,9	19,2
	Total	423	63,8	44,1 ± 11,88	9,9	19,2
E-Asia	China	357	51,5	36,3 ± 13,26	29,7	70,3
	Taiwán	274	50,7	34,3 ± 11,66	19,0	81,0
	Total	631	51,2	35,4 ± 12,61	25,0	75,0
	Gran total	2606	58,0	43,6 ± 14,13	19,7	55,0

^aOnce casos faltantes (distribuciones por sexo en los países así como en las regiones son significativamente diferentes según la prueba de la χ^2).

^bCatorce casos faltantes (las distribuciones por edad entre los países y las regiones son significativamente diferentes según la prueba de Kruskal-Wallis).

^cLos porcentajes de unipolares (UP) y bipolares (BP) no suman 100% debido a que faltan datos diagnósticos.

^dNo hay información diagnóstica disponible.

^eInformación diagnóstica disponible sólo para 123 sujetos.

y 423 de Brasil; el grupo más pequeño (alrededor de 200 pacientes) eran de Europa Oriental.

La HCL-32 R1 es una versión modificada de la HCL-32 original (8), de la cual se omitió una pregunta difícil (Q4) sin ninguna pérdida de información. La HCL-32 comienza evaluando el estado afectivo actual en comparación con el habitual; luego presenta 32 síntomas de hipomanía para la autoverificación (sí/no); por último, se evaluó la repercusión sobre las funciones sociales y la duración de las exaltaciones. En comparación con el MDQ se ha demostrado que la HCL-32 tiene una sensibilidad más elevada pero una especificidad más baja para el trastorno bipolar (12,18).

Los diagnósticos clínicos de depresión, manía y trastorno bipolar se basaron en los criterios del DSM-IV, pero no se valoró a los sujetos de una forma estandarizada en los diferentes países, lo cual sirvió para aumentar la validez ecológica de los resultados.

Los datos fueron reunidos en Zurich. Se llevó a cabo una EFA para todos los grupos geográficos por separado y en conjunto, utilizando correlaciones tetracóricas calculadas para los 32 apartados dicotómicos y una rotación de factor oblicua (geomin). La asignación de apartado a un factor específico se basó en su repercusión en tal factor (es decir ≥ 4). La decisión con respecto a cuántos factores retener se basó en varios criterios: el criterio de Kaiser (factores con eigenvector de $> 1,0$) el gráfico de sedimentación y la prueba paralela de Horn, pero en su mayor parte en la coherencia y la interpretabilidad de los factores. Las calificaciones de la subescala para cada factor se obtuvieron añadiendo los apartados del factor correspondiente. Se calculó una calificación total sumando todos los 32 apartados. Se valoró la fiabilidad de las calificaciones totales en la HCL-32 y la subescala utilizando la alfa de Cronbach.

En el análisis factorial confirmador (CFA) subsiguiente se utilizaron modelos de multigrupo combinados con MIMIC ("indicadores múltiples, múltiples causas"). Esto evaluó los

efectos de varias covariables (género sexual, edad) sobre los factores y sobre los aspectos individuales en los grupos múltiples (regiones geográficas).

Para evaluar la suposición de la invarianza de la medición, es decir, que la HCL-32 R1 mide la hipomanía de una manera consistente en las diversas regiones geográficas, se pusieron a prueba estadística en forma escalonada una serie de modelos. El primer modelo sirvió de referencia y permitió la estimación libre de las cargas de factor y los umbrales de los apartados en cada región geográfica. En seguida, este modelo se comparó mediante la prueba de la χ^2 con una más restringida que suponía que las cargas de factor y los umbrales son iguales entre los grupos geográficos. Si tal modelo encaja en los datos lo mismo que en el modelo de referencia, hay la suposición tentativa de una invarianza en la medición. Si no se da la igualdad en los diferentes grupos para alguna de las cargas o umbrales, de todas maneras se puede suponer una «invarianza parcial en la medición», siempre y cuando sea limitado el número de apartados no invariantes. El siguiente modelo (MIMIC) añadió efectos de covariables. Se modeló la influencia de las covariables (género sexual, edad) mediante conexiones directas entre las covariables y los factores, así como conexiones directas entre cada apartado individual. Se estimaron todos los modelos utilizando el estimador de los cuadrados mínimos ponderados según su media y varianza ajustada WLSMV, como están disponibles y son recomendados para los datos binarios en el programa Mplus 5.1.

Para cada apartado de la HCL-32 R1 hubo entre 30 y 80 casos faltantes, excepto para los últimos dos, en cuyo caso faltaron alrededor de 240 casos (estos dos apartados no se habían evaluado en una de las muestras italianas). Los datos faltantes para los apartados de la HCL-32 R1 fueron manipulados mediante imputación múltiple, utilizando el programa de escrito por usuario «ice» disponible en Stata 10.1. Se produjeron cin-

co series de datos imputados y se utilizaron para calcular los modelos de CFA en Mplus. Mplus estima los parámetros para cada serie de datos imputados y luego los combina en una sola estimación puntual y un error estándar.

Se dispone de varias estadísticas adaptadas para evaluar la adaptación de los modelos de CFA a los datos. Consideramos el índice de adaptación comparativa (CFI,19), el índice de Tucker-Lewis (TLI, 20), el error de aproximación del cuadrado medio de la raíz (RMSEA, 21) y el valor residual del cuadrado medio de la raíz ponderada (WRMR). Se ha observado que los siguientes valores umbral son congruentes con el ajuste satisfactorio del modelo CFI $\geq 0,95$, TLI $\geq 0,95$, RMSEA $\leq 0,06$ y WRMR $\leq 1,0$.

La relación entre las calificaciones de la suma de los dos factores y la calificación total en la HCL-32 R1 se visualizó mediante el alisamiento de dispersión de la gráfica ponderado localmente («lowess»). Para cada punto de datos, la función («lowess») utiliza una regresión lineal de la variable en y sobre la(s) variable(s) en x para predecir el nuevo punto que se va a representar en el gráfico. La regresión se realiza para los puntos de datos en cuestión más algunos puntos cercanos, con lo cual al punto de los datos centrales se le confiere el mayor peso. Este procedimiento se aplica a todos los puntos de los datos.

Se compararon las secuencias entre los grupos utilizando las pruebas de χ^2 . Se aplicaron las pruebas de Kruskal-Wallis a las variables continuas. Todos los cálculos se realizaron en los programas Stata 10.1 y en Mplus 5.1.

RESULTADOS

La serie de datos combinados comprendió 2606 pacientes deprimidos. La media de edad global fue $44 \pm 14,13$ años (intervalo 15-88 años y un 58% de los pacientes eran mujeres. Se observó cierta heterogeneidad en las muestras. Las dos muestras de Europa del Este tenían menos mujeres y los pacientes asiáticos en promedio eran 10 años más jóvenes que los de las demás muestras (tabla 1). Para realizar un análisis adicional, dividimos la serie de datos en cinco grupos de diferentes regiones geográficas, designadas N-Europa, S-Europa, E-Europa, S-América, E-Asia. Los datos faltantes sobre género sexual (11 casos) y edad (14 casos, tres solapamientos), llevaron a una reducción leve del tamaño de la muestra total de $n = 2584$ disponibles para los análisis en CFA utilizando como covariables el género sexual y la edad.

Al principio no se pudo realizar un análisis factorial en la muestra combinada debido al problema de colinealidad en los datos. El coeficiente de correlación tetracórica demostró que los dos apartados «me interesa más el sexo o he tenido un aumento del apetito sexual» y «coqueteo más o soy más sexualmente activo» se correlacionaron en alto grado ($r = 0,85$). Cuando se unificaron los dos apartados, los modelos del factor fueron calculables. Por tanto, realizamos todos los análisis utilizando esta variable unificada y de esta manera el número de apartados totales se redujo a 31.

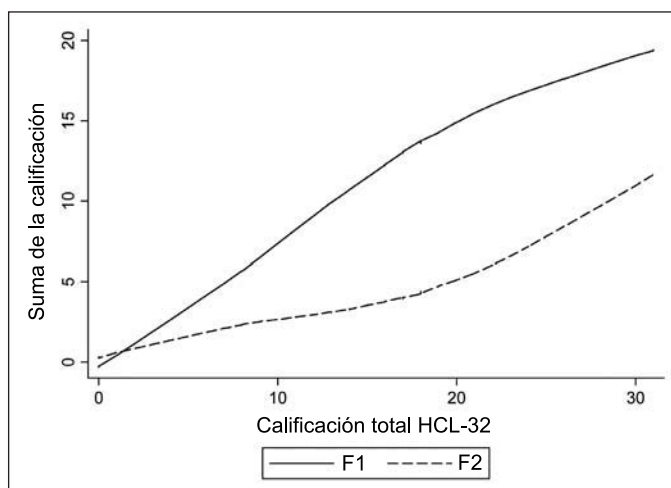
Tabla 2. Cargas factoriales de apartados para los dos factores de la Lista de Cotejo de la Hipomanía-32, primera versión editada (HCL-21 R1) del análisis de factor explorador (EFA) y el análisis de factor confirmador inicial (CFA)

Apartado	EFA		CEA	
	F1	F2	F1	F2
Necesita menos sueño	0,46	0,31	0,44	0,29
Tiene más energía, es más activo	0,87	-0,08	0,84	
Tiene más seguridad en sí mismo	0,84	-0,14	0,88	-0,22
Disfruta más el trabajo	0,66	-0,17	0,69	-0,24
Es más sociable, sale más	0,75	0,00	0,75	
Viaja más	0,52	0,12	0,55	
Conduce más rápido, toma más riesgos al conducir	0,19	0,56		0,67
Gasta más/demasiado dinero	0,30	0,58	0,25	0,57
Se arriesga más en la vida cotidiana	0,37	0,53	0,33	0,51
Es físicamente más activo	0,74	-0,10	0,77	-0,16
Hace más planes	0,79	0,01	0,78	
Tiene más ideas, es más creativo	0,86	-0,01	0,85	
Es menos tímido o inhibido	0,64	0,15	0,68	
Se viste con prendas más coloridas o extravagantes	0,49	0,26	0,48	0,22
Conoce más personas	0,67	0,12	0,71	
Coquetea más, tiene más actividad sexual	0,58	0,21	0,58	0,16
Habla más	0,67	0,25	0,67	0,19
Piensa más rápido	0,69	0,22	0,76	
Hace más bromas	0,67	0,11	0,70	
Se distrae con más facilidad	0,01	0,66		0,64
Participa en muchas cosas nuevas	0,56	0,28	0,55	0,24
Salto de ideas de un tema a otro	0,21	0,66	0,16	0,65
Hace las cosas con más rapidez y facilidad	0,78	-0,01	0,77	
Es más impaciente e irritable	-0,13	0,82	-0,20	0,85
Tiende a molestar a otras personas	-0,01	0,78	-0,08	0,80
Se involucra más en altercados	-0,01	0,79		0,75
Estado de ánimo más exaltado y más optimista	0,82	-0,16	0,86	-0,23
Bebe más café	0,04	0,47		0,48
Fuma más cigarrillos	-0,02	0,60		0,57
Bebe más alcohol	0,13	0,59		0,64
Toma más drogas o medicinas	-0,32	0,64	-0,38	0,68

Los apartados correspondientes a F1 están sombreados.

Tabla 3. Edad y Lista de Cotejo de la Hipomanía-32, primera versión editada (HCL-32 R1) calificaciones (media $\pm$ DE) según región y género

	N-Europa		S-Europa		E-Europa		S-América		E-Asia		p(M)	p(F)
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
N	265	403	247	435	111	80	153	270	308	323		
Edad	49,4 $\pm$ 14,6	50,1 $\pm$ 15,7	43,5 $\pm$ 12,4	44,8 $\pm$ 12,7	45,1 $\pm$ 12,1	44,7 $\pm$ 11,2	43,6 $\pm$ 11,2	44,5 $\pm$ 12,2	33,5 $\pm$ 12,0	37,2 $\pm$ 12,9	0,0001	0,0001
Cal. total en la HCL-32	17,8 $\pm$ 5,9	16,4 $\pm$ 6,1	15,7 $\pm$ 8,0	14,2 $\pm$ 8,1	17,7 $\pm$ 6,4	18,2 $\pm$ 7,4	16,3 $\pm$ 5,9	16,6 $\pm$ 6,2	16,1 $\pm$ 6,7	14,9 $\pm$ 6,7	0,01	0,0001
Calificación de F1	13,7 $\pm$ 4,2	13,2 $\pm$ 4,4	11,6 $\pm$ 5,5	10,9 $\pm$ 5,7	11,9 $\pm$ 5,4	12,3 $\pm$ 5,5	11,3 $\pm$ 5,2	11,8 $\pm$ 5,1	11,9 $\pm$ 5,2	11,3 $\pm$ 5,3	0,0001	0,0001
Calificación de F2	4,2 $\pm$ 2,9	3,3 $\pm$ 2,8	4,6 $\pm$ 3,4	4,1 $\pm$ 3,1	5,7 $\pm$ 3,2	5,8 $\pm$ 3,5	5,0 $\pm$ 2,9	4,9 $\pm$ 2,8	4,2 $\pm$ 2,8	3,6 $\pm$ 2,7	0,0001	0,0001

**Figura 1.** Relación entre las calificaciones de la suma de factores y la calificación total de la Lista de Cotejo de la Hipomanía-32, primera versión editada (HCL-32 R1). El factor 1 (F1) es «activo/exaltado», el factor 2 (F2) es «arriesgado/irritable».

El EFA subsiguiente reveló dos factores (tabla 2). El factor 1 (F1) consistió en 19 apartados y se designó «activo/exaltado»; el factor 2 (F2) consistió en 12 apartados y se designó «irritable/arriesgado». El primer factor reflejó el lado alegre y positivo de la hipomanía, el segundo el lado triste y negativo, incluyendo el aumento del consumo de café, tabaco, alcohol y drogas. En conjunto, los dos factores contribuyeron en 52,6% a la varianza total.

La fiabilidad (alfa de Cronbach) fue 0,89 para F1, 0,80 para F2 y 0,88 para la escala total. Los dos factores se correlacionaron entre sí con una $r = 0,16$ ($p < 0,001$). En la tabla 2 se muestran las cargas factoriales sobre los dos factores, bajo el encabezamiento EFA. La tabla 2 muestra las cargas principales del CFA inicial y las cargas secundarias («cargas cruzadas») que tuvieron que permitirse para que los modelos mostrasen una buena adaptación a los datos.

Los varones tuvieron una tendencia a calificaciones más elevadas que las mujeres en F2 y en la calificación total, en tanto que no hubo ninguna diferencia en F1. Los pacientes de N-Europa y E-Europa tuvieron la puntuación más elevada en

la calificación total, los de N-Europa la más alta en F1 y los de E-Europa la más elevada en F2 (tabla 3). Una gráfica de las calificaciones de la suma de factores frente a la calificación total demostró que F2 se correlacionaba más intensamente con una mayor gravedad del síndrome hipomaniaco (fig. 1).

Los EFA realizados por separado para cada grupo geográfico generaron estructuras de factores casi idénticas para todos los grupos. Por tanto, se llegó a la conclusión de que los mismos factores subyacen a los apartados de la prueba en todas las regiones.

Utilizando la estructura de factores, las cargas factoriales y los umbrales de los apartados como indicadores, la HCL-32 como un todo demostró una invarianza de medición importante en las regiones geográficas estudiadas. No obstante, cuatro apartados individuales mostraron cargas primarias no invariantes (tablas 4 y 5).

El «sobregasto» claramente se relacionó más intensamente con F2 en F-América en comparación con las demás regiones. Sin embargo, la carga factorial de 1,54 para S-América supera la carga máxima teórica de uno, lo que indica que este efecto no es confiable. En S-Europa «el pensamiento más rápido» se correlacionó de manera menos intensa con F1 que en otras regiones. Por último, en la muestra de Asia Oriental, hubo cargas factoriales relativamente más bajas para los apartados «salto de ideas» (F2) y «estado de ánimo exaltado» (F1). En N-Europa, se observó una no invarianza en la medición relacionada con el sexo: las mujeres tenían mucho más posibilidades de «vestirse con prendas coloridas o extravagantes» que los hombres del mismo grado de hipomanía. Por último, en E-Asia, hubo una relación notablemente menos potente entre «tabaquismo» y F2 en las mujeres que en los hombres, de nuevo en el mismo grado de hipomanía.

Algunos apartados que tuvieron una carga factorial en más de un factor (es decir, cargas cruzadas) tampoco fueron invariantes en la medición. Estos se enumeran en la tabla 6 y demuestran dos tipos de no invarianza. En primer lugar, dos de estos apartados mostraron una varianza transcultural (véase la tabla 2): en S-América, «el gasto excesivo» (un apartado de F2) se relacionó de manera mucho más débil con F1 que en otras regiones, lo que indica que se percibe que tiene menos aspectos positivos. En E-Asia, el «salto de ideas» (un aparta-

Tabla 4. Diferencias demográficas transculturales en la Lista de Cotejo de la Hipomanía-32, primera versión editada (HCL-32 R1)

Factor	N-Europa n=672)		S-Europa (n=687)		E-Europa n=193)		S-América (n=423)		E-Asia (n=631)	
	Coefficiente de regresión ^b	Grado ^a	Coefficiente de regresión ^b	Grado ^a	Coefficiente de regresión ^b	Grado ^a	Coefficiente de regresión ^b	Grado ^a	Coefficiente de regresión ^b	Grado ^a
F1	Sexo femenino: 0,157*	-0,820***	Edad: -0,007*	n.s.	Edad: -0,019*	-1,146***	Edad: -0,008*	-0,463*	Edad: -0,019***	
F2	Sexo femenino: -0,278***	n.s.	Edad: -0,010**	n.s.	n.s.	n.s.	Edad: -0,014**	n.s.	Edad: -0,018***	
	Edad: -0,016***									

^aLos grados de factor se expresan con la desviación estandarizada de un grupo de referencia, en este caso N-Europa.

^bLas cargas factoriales son cargas primarias no estandarizadas; los coeficientes de regresión están estandarizados en la Y.

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, n.s. –no significativo.

Tabla 5. Invarianza de la medición transcultural en la Lista de Cotejo de la Hipomanía-32, primera versión editada (HCK-32 R1)

Apartado	N-Europa (n=672)		S-Europa (n=687)	E-Europa (n=193)	S-América (n=423)	E-Asia (n=631)	
	Carga primaria ^a	Efectos de covariables ^a	Carga primaria ^a	Carga primaria ^a	Carga primaria ^a	Carga primaria ^a	Efectos de covariable ^a
Necesita menos sueño	0,46		0,46	0,46	0,46	0,46	
Tiene más energía, es más activo ^b	1,00		1,00	1,00	1,00	1,00	
Es más seguro de sí mismo	1,06		1,06	1,06	1,06	1,06	
Disfruta más el trabajo	0,69		0,69	0,69	0,69	0,69	
Es más sociable, sale más	0,88		0,88	0,88	0,88	0,88	
Viaja más	0,69		0,69	0,69	0,69	0,69	
Conduce más rápido, se arriesga más al conducir	0,70		0,70	0,70	0,70	0,70	
Gasta más/demasiado dinero	0,63		0,63	0,63	1,54 ^b	0,63	
Se arriesga más en la vida cotidiana	0,60		0,60	0,60	0,60	0,60	
Es físicamente más activo	0,79		0,79	0,79	0,79	0,79	
Hace más planes	0,97		0,97	0,97	0,97	0,97	
Tiene más ideas, es más creativo	1,08		1,08	1,08	1,08	1,08	
Es menos tímido o inhibido	0,83		0,83	0,83	0,83	0,83	
Se viste con prendas más coloridas o extravagantes	0,51	0,72*	0,51	0,51	0,51	0,51	
Conoce a más personas	0,83		0,83	0,83	0,83	0,83	
Coquetea más, tiene más actividad sexual	0,72		0,72	0,72	0,72	0,72	
Habla más	0,75		0,75	0,75	0,75	0,75	
Piensa más rápido	0,88		0,56 ^b	0,88	0,88	0,88	
Hace más bromas	0,77		0,77	0,77	0,77	0,77	
Se distrae con más facilidad	0,94		0,94	0,94	0,94	0,94	
Participa en muchas cosas nuevas	0,57		0,57	0,57	0,57	0,57	
Salto de ideas de un tema a otro	0,71		0,71	0,71	0,71	0,66 ^b	
Hace cosas con más rapidez y facilidad	0,76		0,76	0,76	0,76	0,76	
Es más impaciente e irritable ^c	1,00		1,00	1,00	1,00	1,00	
Tiende a molestar a otras personas	0,91		0,91	0,91	0,91	0,91	
Se involucra en más altercados	0,94		0,94	0,94	0,94	0,94	
Estado de ánimo más exaltado y más optimista	0,99		0,99	0,99	0,99	0,87 ^c	
Bebe más café	0,47		0,47	0,47	0,47	0,47	
Fuma más cigarrillos	0,69		0,69	0,69	0,69	0,69	-1,089*
Bebe más alcohol	0,78		0,78	0,78	0,78	0,78	
Toma más drogas o medicamentos	0,85		0,85	0,85	0,85	0,85	

^a Las cargas factoriales son cargas primarias no estandarizadas; los coeficientes de regresión están estandarizados para la Y.

^b Las cargas factoriales en negritas son no invariantes a través de los grupos, es decir, difieren en las cargas correspondientes en los otros grupos.

^c Estos son apartados marcadores cuyas cargas factoriales están fijas en 1 en todos los grupos a fin de transmitir su métrica a su factor correspondiente (energía → F1, impaciente → F2).

*p<0,001

Los apartados sombreados corresponden a F1, los otros apartados a F2.

do de F2) se relacionó mucho más estrechamente con F1 que en otras regiones, lo que indica que este síntoma es percibido como menos negativo en esa cultura.

En segundo lugar, algunas cargas cruzadas específicas de región adicionales que tuvieron que permitirse son, por definición, no invariantes, ya que no son calculadas para otras regiones: los apartados afectados fueron «tener más energía», «conducir con más rapidez y tomar más riesgos al conducir», «pensar con más rapidez», «involucrarse en más altercados» y «distractibilidad» (tabla 6).

El CFA demostró que el grado de F1 («activo/exaltado») fue más elevado en N-Europa y E-Europa y más bajo en S-América, y la diferencia superó una desviación estándar. Las otras regiones asumieron posiciones intermedias. No hubo diferencias estadísticamente significativas en el grado de F2 («irritable/arriesgado») (tabla 4).

Con excepción de E-Europa, se observaron efectos uniformes de la covariable «edad» en el grado de los rasgos latentes F1 y F2. Sin embargo, en resumen, la disminución por año de vida fue en promedio sólo 0,015 DE. Los efectos de la covariable «sexo» sólo se observaron en N-Europa, con una dismi-

nución de 0,2-0,3 DE en los factores F1 y F2 en las mujeres en comparación con los hombres (tabla 4).

Las características del apartado (es decir, las frecuencias del apartado) en las diversas regiones geográficas para los apartados F1 (fig. 2) y F2 (fig. 3) tienen especial interés clínico. Muestran en general similitudes interregionales elevadas en F1 y F2. Sólo se observaron dos excepciones: los pacientes de S-Europa tuvieron frecuencias de síntomas generalmente más bajas y los pacientes de E-Europa tuvieron tasas de uso de fármacos más elevadas.

Es importante que los índices de ajuste para este modelo fueran compatibles para un ajuste satisfactorio. Se obtuvieron los siguientes valores: $\chi^2 = 1635,30$ (df = 701), CFI = 0,94, TLI = 0,97, RMSEA = 0,051, WRMR = 2,76. Puede concluirse que el modelo proporciona una descripción aceptable de los datos.

DISCUSIÓN

Este es el primer informe detallado sobre los síntomas hipomaniacos recogidos en 12 países por investigadores que utilizaron la HCL-32.

Tabla 6. Cargas secundarias (cruzadas) no invariantes transculturalmente en la Lista de Cotejo de la Hipomanía-32, primera versión editada (HCL-32 R1)

Apartado	Apartado correspondiente al factor	Carga secundaria sobre el factor	N-Europa	S-Europa	E-Europa	S-América	E-Asia
Tiene más energía, es más activo ^a	F1	F2		-0,11			
Conduce más rápido, asume más riesgos al conducir ^a	F2	F1		0,14			
Gasta más/demasiado dinero	F2	F1	0,32	0,32	0,32	0,07	0,32
Piensa más rápido ^a	F1	F2		0,48			
Se distrae con más facilidad ^a	F2	F1	-0,26			0,55	
Salto de ideas de un tema a otro	F2	F1	0,07	0,07	0,07	0,07	0,40
Se involucra más en altercados ^a	F2	F1		-0,15			

^aCarga cruzada específica de región única

Las cargas secundarias del día antes están impresas en negritas.

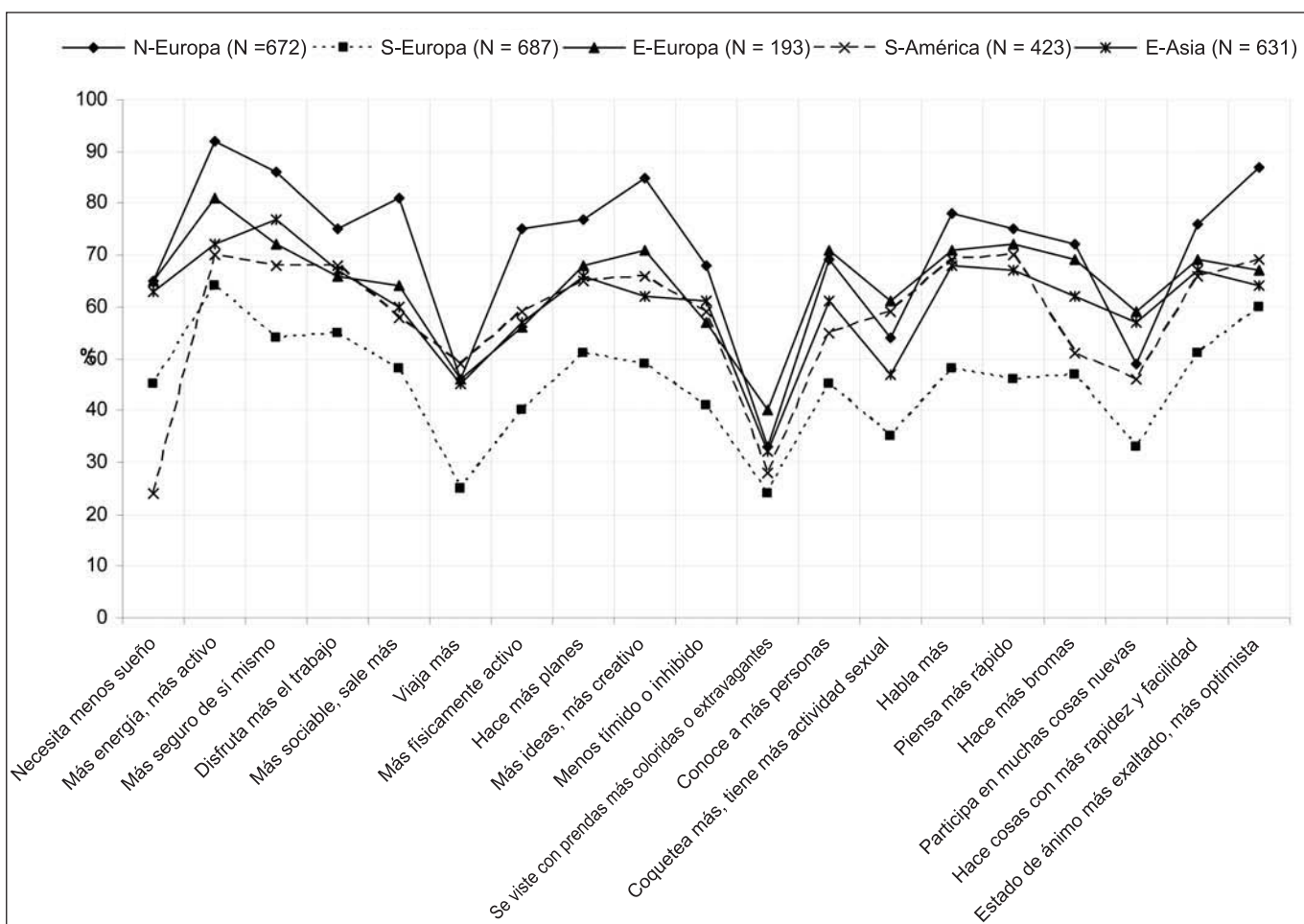


Figura 2. Características del apartado del factor 1 (activo/exaltado) según región.

Los principales hallazgos son las pruebas amplias de la estabilidad transcultural de la hipomanía (analizada mediante CFA) y la reproducción de la solución bifactorial en pacientes con trastornos afectivos, lo que es compatible con los análisis de factores exploradores previos (12-14,22,23).

La estructura de dos factores también se había observado en adultos normales (10). Además, los adolescentes normales y los adultos jóvenes románticamente enamorados habían sido comparados con testigos y tuvieron una calificación elevada en el factor 1, pero no en el factor 2, de la HCL-32 (9). Por consiguiente, es tentador suponer que el primer factor (exalta-

do, enérgico, seguro de sí mismo, extrovertido, cognitivamente acelerado) en cierto grado puede representar “exaltaciones” normales, en tanto que el factor 2 (toma de riesgos, irritable, impaciente, cognitivamente fragmentado, consumo de drogas) puede ser más característico de trastornos psicopatológicos. Analizados en conjunto estos hallazgos indican que los seres humanos tienen una capacidad básica para desarrollar una gama de afecto positivo, desde un estado de ánimo exaltado normal con transiciones dimensionales a los estados de hipomanía y manía. Esto sería equiparable a la capacidad del ser humano para ponerse ansioso y triste/deprimido.

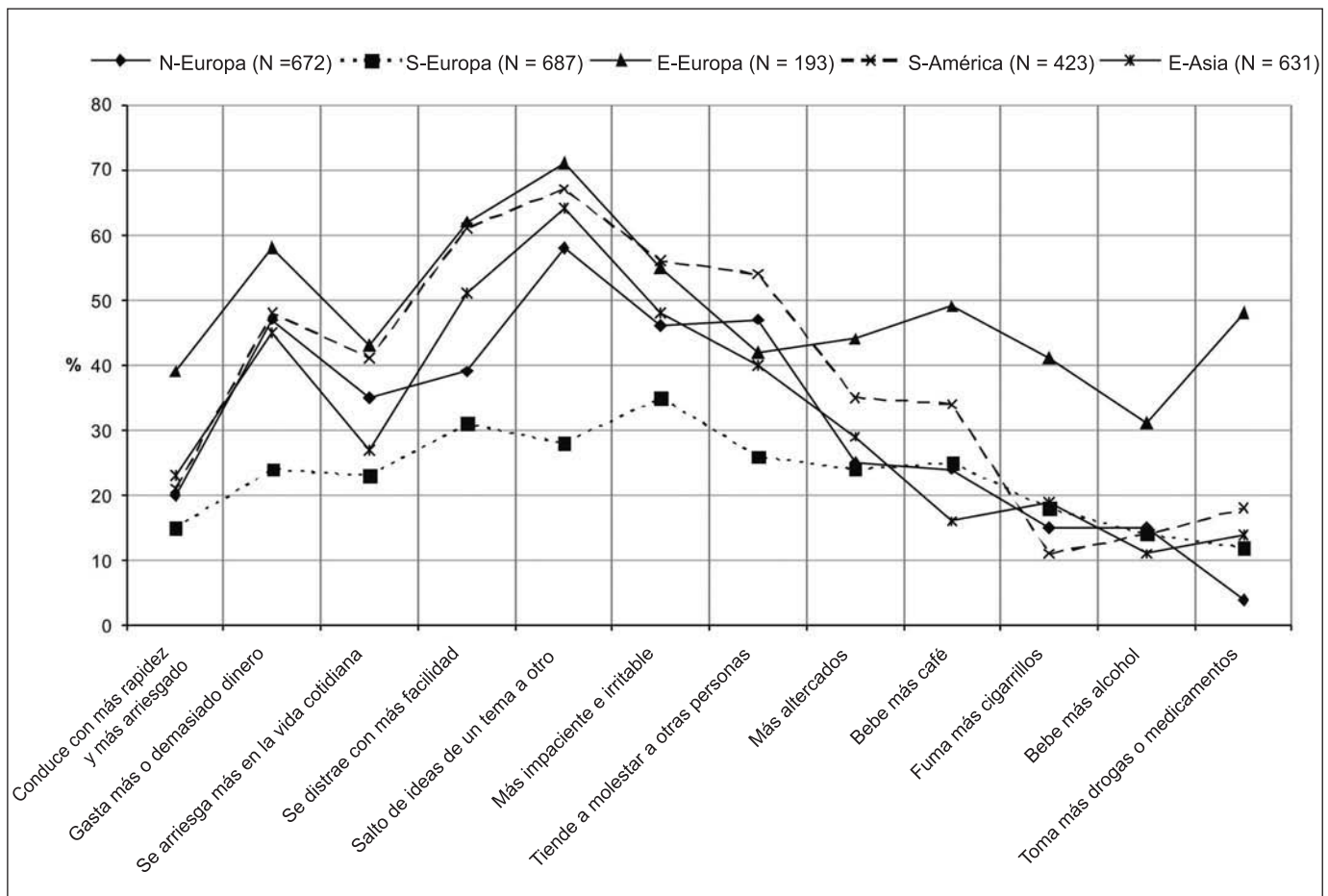


Figura 3. Características de los apartados del factor 2 (arriesgado/irritable) según región.

La HCL-32 R1 demostró en un grado notable que es transculturalmente estable: sólo cuatro apartados mostraron variabilidad en las cargas factoriales primarias y cada uno se restringió a una región geográfica. Todas las cargas primarias restantes y los umbrales de apartados fueron invariantes a través de las culturas. Hubo otro tipo de diferencia, relacionada con el sexo: en grados similares de hipomanía, las mujeres de Europa del Norte comunicaron vestirse más a menudo con prendas más coloridas y extravagantes durante la hipomanía que los hombres. Por otra parte, las mujeres de Asia Oriental tenían mucho menos posibilidades de fumar cigarrillos que los hombres ante una gravedad de la hipomanía equivalente.

Pese a la reproducción de la solución de dos factores, la necesidad de permitir una carga cruzada sustancial en el CFA demuestra que los apartados del HCL-32 R1 no segregan nítidamente en dos grupos que definen los dos factores. Hay un solapamiento importante en la cartografía de los apartados para los factores. Casi la mitad de todos los apartados alimentaban, en grados variables, tanto el lado positivo, alegre como el negativo y oscuro de la hipomanía. Esto también significa que, aunque los dos factores tienen connotaciones positivas y negativas relativamente claras, muchos apartados no. Pueden captar tanto los aspectos más agradables como los más perturbadores de los estados hipomaniacos. Esto podría ser el caso sobre todo de los síntomas con respecto a los cuales el individuo se siente ambivalente o cuya apreciación difiere entre los indivi-

duos (p. ej., «asumir más riesgos» puede ser una búsqueda de sensaciones agradables pero también puede incluir el potencial de lesiones importantes; y «gastar más o demasiado dinero» también puede modificar la valencia lo cual depende de si el individuo se enfoca en «más» o «demasiado»).

Se observaron diferencias transculturales importantes con respecto al grado de los dos factores de hipomanía, pero los resultados obtenidos por el método tradicional de sumar las calificaciones fue un poco diferente de los obtenidos mediante el CFA. Por ejemplo, los pacientes de Europa del norte y del este demostraron el grado más alto del aspecto positivo de la hipomanía, en tanto que los de Sudamérica tuvieron los grados más bajos según el CFA, pero no según la suma de las calificaciones en F1. No está del todo claro qué fue lo que produjo estas diferencias, pero se asume que los resultados en el CFA son más fiables debido a posibles factores de confusión como las diferencias en la proporción de edad o género entre las muestras, según se explica en los análisis. La hipomanía disminuye levemente con la edad (la edad creciente casi siempre se relacionó con grados decrecientes de los dos factores). Además, las mujeres de Europa del norte manifestaron grados de hipomanía más bajos en F1 y F2 que los varones. Tanto los efectos de edad como de sexo parecen pequeños y podrían tener escasa importancia clínica.

El aspecto más apremiante radica ahora en reproducir nuestros resultados mediante un estudio independiente. Aunque el

tamaño de la muestra en este estudio fue satisfactorio, es muy probable que, en determinado momento de la modelación, lo adecuado del ajuste del análisis pueda mejorarse sólo mediante la modelación de las idiosincrasias de los datos que, por su propia naturaleza, no se generalizarán a otras muestras. Por tanto, la reproducción es decisiva para distinguir los resultados que son consistentes a través de las muestras de aquellos que son únicos para una determinada muestra. Es de esperar que nuestros resultados se pongan a prueba pronto con el estudio diagnóstico independiente BRIDGE en casi 5600 pacientes deprimidos de Europa, África del Norte y el Cercano y el Lejano Oriente (24-26).

En conclusión, en una muestra combinada de 2606 pacientes deprimidos de diferentes regiones geográficas, la HCL-32 R1 fue en gran parte invariante en su medición, lo que indica que es adecuada para utilizarse en diferentes culturas en la evaluación de un antecedente de síntomas hipomaniacos en el curso de la vida. Midió la hipomanía de una manera estable en cinco regiones culturales y geográficas en Europa, Sudamérica y Asia Oriental. Se necesitan más investigaciones para determinar si la consistencia cultural de la HCL-32 R1 puede reproducirse y extenderse a otras culturas. Sin embargo, las pruebas actuales indican que la HCL-32 R1 puede utilizarse de manera fiable en diferentes contextos culturales para identificar la bipolaridad en los pacientes deprimidos.

Agradecimientos

Este artículo está dedicado a F. Benazzi, cuya muerte inoportuna en septiembre de 2009 nos ha conmovido y entristecido. Seguramente se le extrañará, tanto como amigo como un contribuyente incansable y muy original al campo de la psiquiatría.

El trabajo de J. Angst y A. Gamma fue respaldado por la donación 3200-050881.97/1 de la Fundación Suiza para la Ciencia Nacional. El estudio GAMIAN fue apoyado parcialmente por una donación irrestricta de la Eli Lilly Foundation. El estudio en China fue financiado por una donación de la oficina científica y tecnológica de Shezhen en China. El estudio español fue financiado por una donación irrestricta de Glaxo Smith-Kline, por el Ministerio de Ciencia e Innovación de España y CIBERSAM. El estudio en Taiwán fue respaldado por la Donación NSC98-2314-B-006-022-MY3 del Consejo Nacional de Ciencias. El trabajo de O. T. Soares fue financiado por la Unidad de Trastornos Afectivos (GRUDA) del departamento e instituto de psiquiatría de la Escuela de Medicina de la Universidad de Sao Paulo.

Se agradece la ayuda de D. Guerra, J. L. Diniz, E. Lundberg, G. Iannela, J. Michiels, R. Frazao, M. Leyes L. von Oosterum, V. Rothstein, H. Hollander y S. Martic-Biocina.

Bibliografía

- Jablensky A, Sartorius N, Ernberg E et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. Psychol Med, Monograph Suppl. 20. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideations, plans and attempts. Br J Psychiatry 2008;192:98-105.

- Piccinelli M, Gomez Homen F. Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia. Geneva: World Health Organization, 1997.
- Bruchmüller K, Meyer TD. Diagnostically irrelevant information can affect the likelihood of a diagnosis of bipolar disorder. J Affect Disord 2009;116:148-51.
- Meyer F, Meyer TD. The misdiagnosis of bipolar disorder as a psychotic disorder: some of its causes and their influence on therapy. J Affect Disord 2008;112:174-83.
- Hirschfeld RMA, Williams JBW, Spitzer RL et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. Am J Psychiatry 2000;157:1873-5.
- Hantouche EG, Angst J, Akiskal HS. Factor structure of hypomania: interrelationships with cyclothymia and the soft bipolar spectrum. J Affect Disord 2003;73:39-47.
- Angst J, Adolfsson R, Benazzi F et al. The HCL-32: towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. J Affect Disord 2005;88:217-33.
- Brand S, Luethi M, von Planta A et al. Romantic love, hypomania, and sleep pattern in adolescents. J Adolesc Health 2007;41:69-76.
- Meyer TD, Hammelstein P, Nilsson L-G et al. The Hypomania Checklist (HCL-32): its factorial structure and association to indices of impairment in German and Swedish nonclinical samples. Compr Psychiatry 2007;48:79-87.
- Katzmann-Böhringer J. Differenzierung hypomaner Symptomatik anhand einer neuen Selbstbeurteilungsskala. Medical Thesis, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 2009.
- Vieta E, Sanchez-Moreno J, Bulbena A et al. Cross validation with the mood disorder questionnaire (MDQ) of an instrument for the detection of hypomania in Spanish: the 32 item Hypomania Symptom Check List (HCL-32). J Affect Disord 2007;101:43-55.
- Wu YS, Ou CS, Chen HC et al. Validation of the Chinese version of the Hypomania Checklist (HCL-32) as an instrument for detecting hypomania in patients with mood disorders. J Affect Disord 2008;106:133-43.
- Hai-Chen Y, Angst J, Chun-Ping L. Preliminary study of the Chinese version of the 32-item Hypomania Checklist in patients with bipolar I disorder [Chinese]. Chin J Behavioral Med Sci 2008;17:950-2.
- Soares OT, Moreno DH, Ratzke R et al. Validação de um instrumento para detecção de hipomania em Português do Brasil Questionário de Rastreamento de Hipomania (HCL-32). Submitted for publication.
- Fornaro M, Perugi G, Maremmani I et al. Discriminative Hypomania Checklist-32 (HCL-32) factors in unipolar and bipolar major depressive patients. Unpublished manuscript.
- Holtmann M, Pörtner F, Duketis E et al. Validation of the Hypomania Checklist (HCL-32) in a nonclinical sample of German adolescents. J Adolesc 2009;32:1075-88.
- Rybakowski J, Angst J, Dudek D et al. Polish version of the Hypomania Checklist (HCL-32) scale: the results in treatment-resistant depression. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (in press).
- Bentler PM. Comparative fit indexes in structural models. Psychol Bull 1990;107:238-46.
- Tucker NR, Lewis C. A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. Psychometrika 1973;38:1-10.
- Steiger JH, Lind JC. Statistically based tests for the number of common factors. Presented at the Annual Meeting of the Psychometric Society, Iowa City, May 1980.

22. Angst J, Gamma A, Benazzi F et al. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord* 2003;73:133-46.
23. Carta MG, Hardoy MC, Cadeddu M et al. The accuracy of the Italian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) for the screening of bipolar disorders and comparison with the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) in a clinical sample. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health* 2006;2:2.
24. Angst J, Azorin JM, Bowden CL et al. Detecting bipolar disorder in patients with a current major depressive episode: interim analysis from an international cross-sectional study. Presented at the Ninth International Review of Bipolar Disorders, Lisbon, May 2009.
25. Azorin JM, Angst J, Bowden CL et al. Bipolar disorder in patients with a current diagnosis of major depressive episode. Presented at the 9th World Congress of Biological Psychiatry, Paris, June 2009.
26. Young AH, Angst J, Azorin JM et al. Characteristics of patients with 26. bipolar disorder presenting a current major depressive episode: analysis in 8 countries. *Eur Neuropsychopharmacol* 2009;19:S454-5.

La prevalencia y las características de la psicosis no afectiva en la Encuesta Nigeriana de Salud y Bienestar Mental

OYE GUREJE¹, OLUYOMI OLOWOSEGUN¹, KAZEEM ADEBAYO², DAN J. STEIN³

¹Department of Psychiatry, University of Ibadan, University College Hospital, PMB5116 Ibadan, Nigeria

²Department of Psychiatry, Ladoke Akintola University Teaching Hospital, Osogbo, Nigeria

³Department of Psychiatry, University of Cape Town, Cape Town, South Africa

Este estudio tuvo como propósito estimar la prevalencia y las correlaciones de la psicosis no afectiva en nigerianos adultos. Fue parte de la Encuesta Nigeriana de la Salud y el Bienestar Mental y se llevó a cabo en ocho de los 22 estados de Nigeria, representando alrededor de 22% de la población nacional. Se administraron entrevistas personales a adultos de 18 años de edad utilizando la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la OMS. 3 (CIDI.3). La revaloración clínica la realizaron médicos en una submuestra de encuestados. Se observó que la CIDI.3 tiene una coincidencia aceptable con las evaluaciones realizadas por los médicos, con valores de la kappa que fluctuaron entre 0,52 y 0,72, respectivamente, para las categorías de definición reducida y amplia de la psicosis no afectiva. La prevalencia de la psicosis no afectiva en el curso de la vida fue 2,1% y las alucinaciones visuales fueron el síntoma comunicado con más frecuencia y los delirios de referencia fueron los menos frecuentes. La psicosis no afectiva fue significativamente más frecuente en habitantes urbanos. Las personas con psicosis no afectiva tenían un riesgo elevado de comunicar trastornos concomitantes del DCM-IV en el curso de la vida y a los 12 meses y también de experimentar alteraciones del funcionamiento básico y de rol instrumental. Sólo una minoría había recibido algún tratamiento.

Palabras clave: Psicosis no afectiva, Nigeria, encuesta de la población, comorbilidad, discapacidad.

(World Psychiatry 2010;9:50-55)

En los últimos decenios se han acumulado datos indicativos de que los trastornos psicóticos son más frecuentes en la población que lo que antes se pensaba. En los estudios en los que se utiliza la ratificación de cualquier apartado en los cuestionarios de detección se han comunicado tasas de psicosis que fluctúan de 11 a 28% (1-4). Aun cuando haya ciertos indicios de que esta variabilidad puede representar diferentes grados del mismo fenotipo (4), no obstante, hay una reducción sustancial de estas tasas cuando se aplican evaluaciones clínicas más rigurosas y definiciones más restringidas de la psicosis no afectiva (1,2). Por consiguiente, con el análisis clínico de las respuestas de valoración o las entrevistas de revaloración clínica después de la detección inicial, se han observado tasas de entre 0,5% y 2,8% para las psicosis no afectivas, a menudo cuando se han aplicado los criterios del DSM-IV (1-3).

Los estudios epidemiológicos de la psicosis en la población se han facilitado por el advenimiento de los esquemas de entrevistas administrados por el lego. Sin embargo, la validez de los apartados para la identificación de la psicosis en tales esquemas se ha cuestionado (5). Aunque la experiencia frecuente ha sido una elevada tasa de resultados falsos positivos (5,6), también se han señalado falsos negativos (6), sobre todo cuando se han realizado comparaciones con la identificación de los casos por informantes clave (7). La Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) se ha utilizado a menudo para este propósito (2,5-7). Pruebas recientes indican que su última versión 3,0, al constituir una reseña clínica de preguntas abiertas que acompañan a los apartados de detección de la psicosis, ha mejorado la validez (1).

Utilizamos esta versión de la CIDI (8), complementada con un estudio de revaloración clínica, para determinar la prevalencia de la psicosis no afectiva en la población nigeriana, las características sociodemográficas de las personas con antecedente de psicosis y la comorbilidad relacionada así como la

discapacidad. Nuestro objetivo fue proporcionar información sobre la presentación de la psicosis en la población tanto en zonas urbanas como rurales.

MÉTODOS

La Encuesta Nigeriana de Salud y Bienestar Mental es una encuesta poblacional para determinar la prevalencia, la repercusión y los antecedentes de los trastornos mentales, que se realizó entre 2001 y 2003 (9,10). Utilizó un muestreo de área de probabilidad de domicilios de cuatro etapas para seleccionar encuestados de 18 y más años de edad. La sección de la encuesta que incluía una detección de la psicosis y un estudio de revaloración clínica fue realizada en regiones de Nigeria de habla yoruba, que constaban de ocho estados de las regiones suroccidental y norcentral (Lagos, Ogun, Osun, Oyo, Ondo, Ekiti, Kogi y Kwara). Estos estados contribuyen con casi un 22% de la población nigeriana (aproximadamente 25 millones de personas).

En la primera etapa del muestreo, utilizando una lista ordenada de todas las unidades de muestreo primarias (PSU) estratificadas con base en los estados y el tamaño, 40 de estas PSU fueron seleccionadas sistemáticamente con una probabilidad proporcional al tamaño. Cada PSU fue una zona de gobierno local, una unidad geográfica con una estructura administrativa y política definida. En la segunda etapa, se seleccionaron cuatro áreas de enumeración (EA) de cada PSU. Las EA son entidades geográficas que incorporan entre 50 y 20 unidades de domicilios.

A todas las EA seleccionadas las visitaron entrevistadores de la investigación antes de la fase de entrevista de la encuesta y se realizó una enumeración y lista de todas las unidades de domicilio que contenía cada una. Estas listas fueron ingresadas en un archivo de datos computadorizado central creando así una muestra en la cual la probabilidad de que un domicilio

individual fuese seleccionado para participar en la encuesta era igual para todo domicilio ubicado dentro de una EA. En la etapa final de la selección, los entrevistadores obtuvieron una lista completa de todos los residentes de domicilio a través de un informante. Después de identificar los residentes del domicilio que tenían 18 o más años de edad y que tenían fluidez en el idioma del estudio, es decir, yoruba se utilizó un procedimiento de probabilidad para seleccionar un encuestado al cual entrevistar. Se utilizó el método de selección de tabla de Kish para seleccionar una persona apta como la encuestada (11). Sólo se seleccionó una de estas personas por cada domicilio. Cuando el encuestado principal no estuvo disponible después de varias llamadas (se efectuaron cinco llamadas) o se rehusaba a participar, no se hacía ningún reemplazo dentro del domicilio.

Con base en este procedimiento de selección, se realizaron entrevistas personales en 4984 encuestados. La tasa de respuesta para esta sección de la encuesta fue 79,9%. Se informó a los encuestados sobre el estudio y proporcionaron su consentimiento, principalmente verbal pero a veces firmado, antes de llevar a cabo las entrevistas. La encuesta fue aprobada por la University of Ibadan, University College Hospital, y el Consejo de Evaluación Ética conjunta de Ibadan.

Se realizó una valoración diagnóstica con la CIDI3.0 (8). De los dos componentes de la entrevista, la parte 1 (que abarcaba una serie central de diagnóstico) fue realizada con todos los encuestados, en tanto que la parte 2 (que comprendía la detección de la psicosis y que abarcaba varias correlaciones de los trastornos mentales (incluida la discapacidad) se llevó a cabo con los encuestados de la parte 1 que cumplían los criterios para cualquiera de una selección de trastornos mentales y con una muestra de probabilidad de otros.

La detección de la psicosis (administrada a casi 84% de los encuestados de la parte 1) hace preguntas sobre la presentación de seis síntomas en el curso de la vida (alucinaciones visuales, alucinaciones auditivas, inserción de las ideas, control de los pensamientos, delirios de referencia y delirios de persecución), con opciones de respuesta sí o no. Cualquier respuesta positiva iba seguida de preguntas al encuestado para que describiera los ejemplos del síntoma y proporcionara su propia interpretación de la experiencia. Estas respuestas fueron registradas tal cual. Así mismo, se hicieron preguntas de seguimiento sobre edad de inicio, persistencia, presentación en 12 meses y preguntas sobre posible causas orgánicas (sobre todo alcohol o drogas). Estos registros tal cual así como las respuestas a las preguntas subsiguientes fueron luego analizados por uno de los investigadores, quien asignó una calificación de probable, posible o improbable de cumplir con el criterio del DSM para el síntoma. En este análisis se incluyeron únicamente las respuestas calificadas como probables o posibles.

Las entrevistas personales para revaloración clínica fueron realizadas utilizando la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID, 12) por dos residentes de los últimos años de la residencia en psiquiatría que habían recibido una capacitación estructurada para el empleo del instrumento antes del trabajo de campo. Las entrevistas de revaloración clínica fueron realizadas en 56 encuestados seleccionados en forma aleatoria de entre personas con detecciones positivas y detecciones negativas. Todas las entrevistas fueron analizadas en forma conjunta y la asignación diagnóstica se basó en el consenso entre los entrevistadores y el supervisor.

Se valoraron otros trastornos mentales diversos en la Encuesta Nigeriana sobre Salud y Bienestar Mental. En este informe, presentamos los datos referentes a la comorbilidad de psicosis no afectiva con cualquier trastorno por ansiedad (trastorno por pánico, trastorno por ansiedad generalizada, agorafobia sin trastorno por pánico, fobia específica, fobia social, trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo), cualquier trastorno afectivo (trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno bipolar) cualquier trastorno de control de los impulsos (trastorno por rebeldía desafiante, trastorno de la conducta, trastorno de déficit de atención con hiperactividad) y cualquier trastorno por toxicomanías (alcoholismo y toxicomanías agudos y crónicos). Se aplicaron las reglas del DSM-IV para la exclusión de trastornos orgánicos a todos los diagnósticos, y también reglas de jerarquía, con excepción del caso de trastornos por toxicomanías, que se definieron como agudos o crónicos.

Determinamos la relación de la psicosis no afectiva con las limitaciones de roles funcionales o la discapacidad utilizando el esquema de valoración de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS-DAS,13). El instrumento permite evaluar tres dominios de actividad básica (cognición, movilidad y autoasistencia) y el desempeño de papeles instrumentales (total de días con disfunción y días con deducción de la capacidad de desempeño de papel productivo). La alteración se calificó como presente para una respuesta de «sí» a los apartados sumarios para la actividad básica o una calificación en la posición del centil 90 en las distribuciones de la muestra sobre los apartados para los dos roles instrumentales. Estas calificaciones se realizaron en los 30 días previos.

A las personas con un episodio de psicosis no afectiva en los 12 meses se les preguntó si habían consultado algún médico por el problema. El médico podría ser un especialista en salud mental, cualquier médico general o un médico de medicina alternativa o complementaria (curanderos espirituales o tradicionales).

Analizamos la relación entre la psicosis no afectiva y las variables sociodemográficas de edad, género sexual, estado conyugal, educación y residencia. La residencia se clasificó como rural (menos de 12.000 domicilios), semiurbana (12.000 a 20.000 domicilios) y urbana (más de 20.000 domicilios).

Para tomar en cuenta el procedimiento de muestreo multietaapa estratificado y el agrupamiento asociado, se han derivado las ponderaciones y se han aplicado a las tasas presentadas en este informe. La primera ponderación considera el ajuste con respecto a la probabilidad de selección en los domicilios y para la no respuesta. Además, se ajustó la posestratificación para el intervalo diana de sexo y edad con respecto a las diferencias entre la muestra y la población nigeriana total (según las proyecciones de las Naciones Unidas para el 2000). La ponderación que se derivó de esta manera, denominada «ponderación de la parte 1» fue normalizada para reajustar la suma de las ponderaciones de nuevo al tamaño de la muestra original de 4.984.

Una segunda ponderación, denominada «ponderación de la parte 2» también se calculó y se aplicó a una submuestra de probabilidad de la muestra de la encuesta que llenó la forma extensa de la entrevista o parte 2. La ponderación de la parte 2 es un producto de la ponderación de la parte 1 y de la probabilidad empírica de selección en el grupo con la entrevista prolongada. Esta probabilidad varió según se presentaran o no determinados síntomas diagnósticos. Por consiguiente, todas

las personas que aprobaron una serie de síntomas diagnósticos en la parte 1 de la entrevista fueron seleccionadas en la parte 2 con certeza (es decir, probabilidad = 1,0). Todas las demás fueron seleccionadas en forma aleatoria hacia la parte 2 con una probabilidad constante del 25%. Luego, la ponderación se normalizó para reajustar la suma de las ponderaciones de nuevo al tamaño de la muestra de 1.682. La sección sobre Psicosis se administró a 1.419 de estas.

En el análisis se ha tomado en cuenta el diseño complejo de la muestra y la ponderación. Por consiguiente, utilizamos las medidas repetidas de plegamiento implementadas con el paquete estadístico Stata (14) para estimar los errores estándar para las proporciones. Se analizaron los factores demográficos correlacionados mediante el análisis de regresión logística (15) y se obtuvieron las estimaciones de los errores estándar de las oportunidades relativas (OR) con el programa Stata. Todos los intervalos de confianza comunicados están ajustados con respecto a los efectos del diseño.

RESULTADOS

La valoración mediante la CIDI demostró un acuerdo aceptable con las valoraciones administradas por los médicos para la detección de la psicosis no afectiva. En el caso de la psicosis no afectiva definida en términos amplios (cualquier psicosis), tuvo una sensibilidad del 90% y una especificidad del 93%. Cuando se enfocó en el grupo con psicosis no afectiva definida en forma restringida (que constaba de esquizofrenia y psicosis esquizofreniforme), los valores respectivos fueron 83% y 86%. El valor diagnóstico de un resultado positivo fue 0,75 para la psicosis no afectiva general y 0,42 para la psicosis no afectiva restringida, en tanto que los valores respectivos de la kappa fueron 0,72 y 0,52. El análisis de los tres falsos positivos demostró que dos se pensó que tenían ideas maníacas que no se consideraron como delirio y uno se valoró como un caso de una reacción psicótica orgánica. El caso individual del falso negativo fue de un trastorno delirante.

Tabla 1. Prevalencia de los síntomas de psicosis no afectiva (n = 1419)

	Hombres,% (EE)	Mujeres,% (EE)	Total,% (EE)
Alucinaciones visuales	1,9 (0,7)	0,5 (0,2)	1,2 (0,3)*
Alucinaciones auditivas	0,9 (0,5)	0,8 (0,3)	0,9 (0,3)
Inserción de ideas	0,6 (0,5)	0,2 (0,1)	0,4 (0,3)
Control de ideas	0,8 (0,5)	0,3 (0,1)	0,6 (0,2)
Delirios de referencia	0,4 (0,4)	0,07 (0,06)	0,2 (0,2)
Delirios de persecución	0,5 (0,4)	0,2 (0,1)	0,4 (0,2)
Cualquier psicosis	3,0 (0,9)	1,2 (0,4)	2,1 (0,5)*

*Diferencia significativa entre hombres y mujeres, p < 0,05

Según se muestra en la tabla 1, la estimación de cualquier experiencia psicótica en el curso de la vida fue 2,1%. Las alucinaciones visuales fueron el síntoma comunicado con más frecuencia (1,2%), en tanto que los delirios de referencia fueron el menos frecuente (0,2%). La prevalencia estimada de cualquier síntoma psicótico en 12 meses fue 1,1%.

La tabla 2 muestra los detalles clínicos relevantes de los casos en el curso de la vida. La media de edad de la primera presentación fue 25,8 años, y la media de edad del inicio fue antes en los varones que en las mujeres, aun cuando esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Las cohortes de más edad comunicaron una edad de inicio más avanzada y esto fue significativo para todo el grupo, pero no cuando se evaluaron por separado los géneros sexuales. La mayoría de las personas que comunicaron síntomas psicóticos los habían experimentado en múltiples ocasiones. Una media de episodios en el curso de la vida de casi 22 y una media de cerca de 5 en los 12 meses previos fueron comunicadas por los casos presentados en el curso de la vida y en los 12 meses, respectivamente. No se observó ninguna diferencia de género sexual para el número medio de los episodios, en el curso de la vida o en los 12 meses. Hubo una relación significativa con la edad para los episodios presentados en el curso de la vida en todo el grupo. Sin embargo, el patrón no fue lineal en una u otra dirección. De hecho, los valores medios más elevados para los periodos del curso de la

Tabla 2. Antecedente clínico de psicosis no afectiva según edad y sexo

	Cohortes	Hombres(n = 23)		Mujeres (n = 16)		Total (n = 39)	
		N	Media (EE)	N	Media (EE)	N	Media (EE)
Media de edad de inicio (años)	18-29	8	15 (2,10)	2	14 (5,00)	10	14,8 (1,82)
	30-44	4	20,75 (5,29)	7	23,57 (3,25)	11	23,27 (2,69)
	44-59	5	27,0 (5,55)	4	31 (8,20)	9	29,0 (4,48)
	60+	6	36,67 (8,91)	3	40 (8,66)	9	37,78 (6,29)
	Todas las edades	23	24,26 (3,23)	16	28,19 (3,32)	39	25,77 (2,33)
			F=3,00, p= 0,04		F=2,06, p=0,16		F=5,76, p= 0,003
Número medio de episodios en 12 meses	18-29	2	3,5 (2,50)	0	-	2	3,5 (2,50)
	30-44	0	-	2	16,5 (3,50)	2	16,5 (3,5)
	44-59	3	3,67 (0,88)	3	3 (1,00)	6	3,33 (0,61)
	60+	2	2,5 (0,50)	1	3 (0,00)	3	2,67 (0,33)
	Todas las edades	7	3,29 (0,68)	6	7,5 (3,02)	13	5,23 (1,50)
			F=0,20, p=0,83		F=11,95, p=0,03		F=18,45, p<0,001
Número medio de episodios en el curso de la vida	18-29	8	8,0 (1,57)	2	9,5 (6,5)	10	18,2 (6,36)
	30-44	4	9,25 (2,17)	7	21,14 (6,73)	11	28,64 (6,32)
	44-59	5	12,4 (3,36)	4	13,25 (6,34)	9	17,89 (5,10)
	60+	6	21,67 (8,31)	3	11,33 (4,67)	9	22,0 (6,55)
	Todas las edades	23	12,74 (2,51)	16	15,88 (3,52)	39	21,95 (3,05)
			F=1,80, p=0,18		F=0,56, p=0,65		F=0,70, p=0,56

Tabla 3. Comorbilidad de la psicosis no afectiva en el curso de la vida con otros trastornos del DSM-IV (n = 1419)

	Comorbilidad en el curso de la vida		Comorbilidad en 12 meses	
	% (EE)	OR (IC del 95%)	% (EE)	OR (IC del 95%)
Cualquier trastorno afectivo	12,7 (5,5)	4,8 (1,7-13,4)*	4,8 (3,8)	5,2 (0,8-34,1)
Cualquier trastorno por ansiedad	15,0 (7,1)	3,1 (1,0-10,1)*	2,8 (1,6)	3,1 (0,8-12,5)
Cualquier trastorno de control de los impulsos	1,2 (1,3)	5,6 (0,4-77,4)	0 (0)	0 (0)
Cualquier trastorno de toxicomanía	7,8 (4,1)	2,1 (0,6-7,5)	8,3 (7,4)	9,3 (1,0-84,6)*
Cualquier trastorno	25,1 (1,7)	2,7 (1,0-7,6)*	2,2 (3,5)	2,4 (0,6-9,5)

*Significativo al nivel de 0,5, prueba bilateral, después del ajuste con respecto a edad y sexo.

Tabla 4. Relación de la psicosis no afectiva con alteraciones en el funcionamiento básico e instrumental evaluado en el Esquema de Discapacidad de la OMS (n = 1419)

	Porcentaje con alteración (EE)	OR (IC del 95%)
<i>Funcionamiento básico</i>		
Cognición	8,2 (3,9)	4,8 (1,7-13,9)*
Movilidad	1,5 (1,1)	0,4 (0,1-2,2)
Cuidado personal	1,0 (1,0)	1,6 (0,2-16,8)
Actividades sociales	4,2 (3,5)	4,3 (0,8-22,5)
<i>Funcionamiento instrumental</i>		
Días de discapacidad	19,2 (6,0)	2,4 (1,1-5,2)*
Rendimiento productivo	12,4 (4,4)	1,5 (0,7-3,2)

*Significativo al nivel de 0,5, prueba bilateral, después del ajuste con respecto a edad y género sexual.

vida y los 12 meses tendieron a observarse en la muestra de 20 a 44 años de edad.

En comparación con las mujeres, los hombres tuvieron más posibilidades de haber experimentado psicosis no afectiva en el curso de la vida (OR = 2,5; IC del 95%: 1,2-5,3). Hubo una mayor posibilidad no significativa de presentar psicosis no afectiva en el curso de la vida en personas que nunca se habían casado (OR = 1,5; IC del 95%: 0,5-4,4) o que se habían separado o divorciado (OR = 1,6; IC del 95%: 0,5-5,0) en comparación con quienes estaban casados. En comparación con los habitantes de zonas rurales, hubo un incremento significativo del riesgo de comunicar psicosis no afectiva de por vida por las personas que vivían en poblaciones semiurbanas (OR = 6,4; IC del 95%: 1,3-32,3) y urbanas (OR = 4,3; IC del 95%: 1,1-17,5).

La psicosis no afectiva en el curso de la vida aumentó la posibilidad de la presentación de otros trastornos psiquiátricos en el curso de la vida (tabla 3). Las posibilidades de trastornos mentales concomitantes en el curso de la vida fluctuaron de 2,12 para cualquier trastorno por toxicomanía a 5,6 para los trastornos impulsivos. Se observó el mismo patrón en casos de psicosis no afectiva a 12 meses pero, debido a las cifras pequeñas, la relación sólo fue significativa para los trastornos por toxicomanías.

Las personas con psicosis no afectiva en el curso de la vida tuvieron signos de alteraciones en diversos dominios del funcionamiento en los 30 días previos a la valoración (tabla 4). En concreto, tuvieron más posibilidades de presentar alteraciones de la cognición y de los cuidados personales así como del funcionamiento instrumental (días de disfunción), aun cuando la significación estadística se alcanzara sólo para la cognición y los días de disfunción.

Sólo dos (15%) de las 13 personas que habían experimentado psicosis no afectiva en los 12 meses previos comunicaron

haber recibido algún tratamiento del trastorno emocional en ese periodo, las dos habían tenido múltiples contactos con médicos generales y con médicos de medicina complementaria y alternativa. Ninguna había recibido tratamiento de servicios especializados en salud mental.

DISCUSIÓN

En este estudio de una muestra representativa de la población en Nigeria, observamos una prevalencia de por vida de 2,1% y una estimación en 12 meses de 1,1% para la psicosis no afectiva. Los hombres tenían tasas en el curso de la vida significativamente más elevadas que las mujeres. Las alucinaciones visuales fueron los episodios psicóticos más frecuentes. Aunque los hombres comunicaron una edad de instauración más joven que las mujeres, la diferencia no fue estadísticamente significativa. Los episodios psicóticos en el curso de la vida fueron comunicados con más frecuencia por personas que nunca se habían casado o por quienes habían estado separadas o divorciadas. Hubo una relación significativa con la residencia en una zona urbana, de manera que se observaron tasas más elevadas en residentes de zonas semiurbanas y urbanas que en las personas que residían en zonas rurales. La mayoría de las personas con síntomas psicóticos los habían presentado en múltiples ocasiones, con un promedio de 22 episodios en el curso de la vida y un promedio de cinco en un periodo de 12 meses.

Las personas con episodios psicóticos tenían más posibilidades de haber experimentado otros trastornos mentales concomitantes como trastornos afectivos, por ansiedad, por control de impulsos y por toxicomanía. Los episodios psicóticos se asociaron a discapacidad importante. Las personas con episodios en el curso de la vida tenían más posibilidades de figurar entre los clasificados como con importantes alteraciones con base en una calificación por arriba del punto umbral en la escala de la WHO-DAS para los días de disfunción. También tenían más posibilidades de presentar alteraciones en los campos de la cognición y de las actividades sociales. Pese a estas características de los trastornos concomitantes y la discapacidad, la mayoría de las personas identificadas en esta encuesta no habían recibido una forma de asistencia formal, sea ortodoxa o tradicional.

Se han comunicado estimaciones muy variables de los síntomas psicóticos en encuestas de la población. Van Os y cols. (4) comunicaron una prevalencia de 4,2% para los síntomas psicóticos definidos en forma restringida y 17,5% para los síntomas definidos en forma amplia. Los síntomas psicóticos son notoriamente difíciles de valorar con las entrevistas estructuradas. Si bien se ha observado a menudo una baja especificidad y una tasa elevada de falsos positivos, algunos investigadores

también han comunicado el problema de las tasas elevadas de falsos negativos. Por ejemplo, la reentrevista clínica de personas que aprobaron los apartados psicóticos de la CIDI en un estudio demográfico general en que se utilizó la SCID reveló probabilidades subsiguientes a la prueba que fluctuaban de 5,1 a 26,5% para los apartados individuales de la CIDI (5). Por otra parte, Kebede y cols. (7), al informar sobre una encuesta realizada en Etiopía rural, observaron que la CIDI identificaba menos casos de esquizofrenia que el empleo de informantes clave en la población, en tanto que Perala y cols. (6) observaron que el fiarse de las preguntas de detección de la CIDI únicamente habría permitido la identificación de sólo un 26,5% de los trastornos psiquiátricos en su encuesta de la población. Se podría inferir con base en estas observaciones que el desempeño de la CIDI podría verse afectado por la forma del trastorno psicótico (agudo o crónico) o por factores culturales relacionados con el hecho de si los síntomas psicóticos serían admitidos por los encuestados en las entrevistas realizadas por el lego.

Sin embargo, estos autores utilizaron las versiones previas de la CIDI. Las preguntas del cuestionario de la CIDI 3,0 utilizadas en el estudio actual han experimentado considerables modificaciones para reducir el problema de los resultados falsos positivos (8). Según lo describen Kessler y cols. (1), esta sección del instrumento comienza alentando a los encuestados a pensar cuidadosamente en sus respuestas a las preguntas y especificar que el propósito de las preguntas es descubrir la presentación de «experiencias inusuales». Una diferencia importante entre estas preguntas y las planteadas en la CIDI original es que han experimentado modificación para captar la forma en que los síntomas psicóticos suelen experimentarse en la población (1). La diferencia entre las versiones previa y actual de la CIDI es considerable. Por consiguiente, si bien un 28,4% de los encuestados aceptaron presentar uno o más síntomas psicóticos en la Encuesta Nacional de Comorbilidad, en la cual se utilizó la versión más antigua de la CIDI, sólo un 9,1% lo hizo en la Replicación de la Encuesta Nacional sobre Comorbilidad con el empleo de la versión 3.0 (1,2).

Nuestra estimación de 2,1% para la prevalencia de la psicosis en el curso de la vida es similar al 1,5% subsiguiente al análisis preliminar de las respuestas abiertas de la CIDI comunicadas en la Replicación de la Encuesta Nacional sobre Comorbilidad por Kessler y cols. (1). Sin embargo, estos autores observaron que, después de las entrevistas de revaloración clínica utilizando la SCID, la prevalencia de la psicosis no afectiva en el curso de la vida fue 0,5%, lo que indica que, aun con la revisión preliminar de las respuestas abiertas y la reclasificación basada en esa revisión, de todas formas hubo un grado sustancial de resultados falsos positivos. Sin embargo, en la muestra aquí comunicada, el estudio de revaloración clínica de una selección aleatoria de los resultados positivos en la detección y los negativos en la detección señala que las preguntas del cuestionario tienen propiedades de detección aceptables para utilizarse en este contexto. Nuestra estimación de la prevalencia en el curso de la vida queda dentro del intervalo de 0,85-2,37% comunicado por Ochoa y cols. (3) quienes habían utilizado la misma versión de la CIDI seguida de una entrevista de revaloración clínica con la SCID, y cercana al 1,94% comunicada para la psicosis no afectiva por Perala y cols. (6) utilizando múltiples fuentes de información.

Es sorprendente la observación de que las alucinaciones visuales fueron el síntoma comunicado con más frecuencia, sobre todo en los hombres, dado que este síntoma no suele asociarse a la psicosis no orgánica en el contexto clínico. Sin embargo, esta observación es similar a la comunicada en la Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad, en la que el apartado del cuestionario de la CIDI para las alucinaciones visuales tuvo la tasa más elevada de respuestas positivas (1). En esa encuesta, aun cuando una elevada proporción (25,4%) de los episodios de alucinaciones visuales se clasificó como rara pero no psicótica, alrededor de un tercio del 6,3% de los positivos en el cuestionario fueron clasificados como casos probables o posibles de una psicosis no afectiva, lo que dio una prevalencia de más del 2%, una cifra que es mucho más elevada que la que comunicamos aquí. Parecería, que por lo menos en la población, las alucinaciones visuales no son un episodio infrecuente en las personas con psicosis no afectiva.

Aun cuando la rareza relativa de la psicosis en este estudio de la población ha dado por resultado un pequeño número de casos y una potencia estadística insuficiente para la exploración analítica, los factores correlacionados con la psicosis que hemos observado coinciden con los de informes previos (1,6,16-18). Las personas con psicosis tenían más posibilidades de ser varones y menos posibilidades de estar casados. Una observación interesante es la relación clara con la residencia en una zona urbana. En Etiopía se ha hecho una observación un poco similar (16), aun cuando ese estudio fue realizado en un área geográfica relativamente más estrecha que la presente. No hemos analizado si esta relación es con la crianza en un lugar urbano o con la residencia de adulto en una zona urbana, de manera que no podemos conjeturar con respecto a si esta relación refleja mecanismos de desarrollo o causas invertidas. No obstante, la relación es interesante, ya que la forma y el alcance de la urbanidad deben ser diferentes entre un país del África subSahariano en vías de desarrollo y los países de Europa Occidental donde se ha comunicado antes este hallazgo (3,19,20).

Los episodios psicóticos de por vida también se relacionaron con más posibilidades de otros trastornos psiquiátricos o por toxicomanías, que se presentaban durante el curso de la vida o en el periodo previo de 12 meses. Las personas con psicosis en el curso de la vida tenían más posibilidades de comunicar limitaciones funcionales y discapacidad, sobre todo en lo referente a la incapacidad para llevar a cabo sus funciones habituales y discapacidad en las funciones cognitiva y social. Estos factores correlacionados, de una manera muy similar a los comunicados por Kessler y cols. (1), son importantes no sólo porque muestran el grado de discapacidad entre estos casos de la población sino también porque brindan una validación para el procedimiento de confirmación utilizado en este informe. No obstante, consideramos que, por los motivos mencionados adelante, nuestra estimación probablemente fue muy conservadora.

Los estudios epidemiológicos de la psicosis en un país en vías de desarrollo afrontan un dilema. Según se demuestra en este estudio, una considerable proporción de personas con episodios de psicosis en el curso de la vida no buscan asistencia formal, a causa de inaccesibilidad a los servicios o por estigmas (21). Sin embargo, es posible que una encuesta en domicilios, como la que utilizamos aquí, pueda captar a los del extremo más leve de la gamma psicótica. Por otra parte, estu-

dios en los puntos de servicio, como los realizados en ámbitos con mejores recursos (22), brindarían resultados muy sesgados en el contexto de un país en vías de desarrollo. En esos puntos es concebible que predominen las personas con problemas de la conducta, sobre todo de agresión y violencia, con la consiguiente infrarrepresentación e infraconsideración del cuadro clínico. El estudio realizado por Kebede y cols. en Etiopía (7), donde los informantes clave identificaron más casos de esquizofrenia que las entrevistas mediante la CIDI, tenderían a señalar que la falta de respuesta y la negación de los síntomas podría haber desempeñado una parte en reducir la sensibilidad de la CIDI en ese contexto. Por tanto, parecería que la identificación del caso en un país en vías de desarrollo se fortalecería mediante una combinación de estrategias (6). Estas pueden incluir identificación de diversos puntos de servicio (incluidos los hogares espirituales y de curación tradicional) para valorar a las personas con más alteraciones de la conducta, el uso de informantes clave para captar casos de problemas de conducta manifiestos que pueden no haber llevado a la búsqueda de tratamiento (como aquellos con síntomas predominantemente negativos) así como encuestas en domicilios para ayudar a identificar los pacientes con síntomas encubiertos o manifiestos (como los síntomas positivos detectados mediante la CIDI) que pueden no haber buscado tratamiento.

Bibliografía

1. Kessler RC, Birnbaum H, Demler O et al. The prevalence and correlates of nonaffective psychosis in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Biol Psychiatry* 2005;58:668-76.
2. Kendler KS, Gallagher TJ, Abelson JM et al. Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of non-affective psychosis as assessed in a US community sample. The National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:1022-31.
3. Ochoa S, Haro JM, Torres JV et al. What is the relative importance of self reported psychotic symptoms in epidemiological studies? Results from the ESEMeD - Catalonia Study. *Schizophr Res* 2008; 102:261-9.
4. van Os J, Hanssen M, Bijl RV et al. Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population? *Schizophr Res* 2000; 45:11-20.
5. Hanssen MS, Bijl RV, Vollebergh W et al. Self-reported psychotic experiences in the general population: a valid screening tool for DSM-III-R psychotic disorders? *Acta Psychiatr Scand* 2003;107: 369-77.
6. Perala J, Suvisaari J, Saarni SI et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:19-28.
7. Kebede D, Alem A, Shibre T et al. Onset and clinical course of schizophrenia in Butajira-Ethiopia – a community-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:625-31.
8. Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:93-121.
9. Gureje O, Adeyemi O, Enyidah N et al. Mental disorders among adult Nigerians: risks, prevalence, and treatment. In: Kessler RC, Ustun TB (eds). *The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008;211-37.
10. Gureje O, Lasebikan VO, Kola L et al. Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and Wellbeing. *Br J Psychiatry* 2006;188:465-71.
11. Kish L. *Survey sampling*. New York: Wiley, 1965.
12. First MB, Spitzer RL, Gibbon M et al., *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Research Version, Non-patient Edition (SCID-I/NP)*. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 2002.
13. Chwastiak LA, Von Korff M. Disability in depression and back pain: evaluation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHO DAS II) in a primary care setting. *J Clin Epidemiol* 2003;56:507-14.
14. StataCorp. *Stata Statistical Software, version 7.0 for windows*. Texas: Stata, College Station, 2001.
15. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. New York: Wiley, 2000.
16. Kebede D, Alem A, Shibre T et al. The sociodemographic correlates of schizophrenia in Butajira, rural Ethiopia. *Schizophr Res* 2004; 69:133-41.
17. Verdoux H, Maurice-Tison S, Gay B et al. A survey of delusional ideation in primary-care patients. *Psychol Med* 1998;28:127-34.
18. Johns LC, Cannon M, Singleton N et al. Prevalence and correlates of self-reported psychotic symptoms in the British population. *Br J Psychiatry* 2004;185:298-305.
19. van Os J, Hanssen M, Bak M et al. Do urbanicity and familial liability coparticipate in causing psychosis? *Am J Psychiatry* 2003;160:477-82.
20. van Os J, Hanssen M, Bijl RV et al. Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:663-8.
21. McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry* 2008;7:148-56.
22. Jablensky A, McGrath J, Herrman H et al. Psychotic disorders in urban areas: an overview of the Study of Low Prevalence Disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2000;34:221-36.

Trastorno de la personalidad: una nueva perspectiva global

PETER TYRER^{1,2}, ROGER MULDER^{1,3}, MIKE CRAWFORD^{1,2}, GILES NEWTON-HOWES⁴, ERIK SIMONSEN^{1,5}, DAVID NDETEI⁶, NESTOR KOLDOBSKY⁷, ANDREA FOSSATI⁸, JOSEPH MBATIA⁹, BARBARA BARRETT¹⁰

¹WPA Section on Personality Disorders; ²Department of Psychological Medicine, Imperial College, London; ³Department of Psychological Medicine, University of Otago, Christchurch, New Zealand; ⁴Hawkes Bay District Health Board, New Zealand; ⁵Institute of Personality Theory and Psychopathology (IPTP), Roskilde, Denmark; ⁶University of Nairobi, Kenya; ⁷National University, La Plata, Argentina; ⁸San Raffaele Hospital, Milan, Italy; ⁹Ministry of Health, Dar es Salaam, Tanzania; ¹⁰Centre for Economics of Mental Health, London

En la actualidad se considera el trastorno de la personalidad como un problema importante en la psiquiatría tradicional en todo el mundo. Aunque sigue sin reconocerse en el ejercicio clínico ordinario, los estudios de investigación han demostrado que es frecuente, crea una morbilidad considerable, conlleva elevados costes para los servicios y para la sociedad e interfiere, por lo general de manera negativa, en el avance del tratamiento de otros trastornos mentales. Ahora contamos con evidencia de que el trastorno de la personalidad, según se clasifica en la actualidad, afecta a casi un 6% de la población mundial y las diferencias entre los países no muestran ninguna variación uniforme. Así mismo, estamos obteniendo pruebas indicativas de que algunos tratamientos, principalmente los psicológicos son útiles en este grupo de trastornos. Lo que ahora se necesita es una nueva clasificación que tenga más utilidad para los médicos y la sección sobre Trastornos de la Personalidad de la WPA en la actualidad está realizando esta tarea.

Palabras clave: Trastorno de la personalidad, clasificación, tratamiento, trastorno concomitante, epidemiología.

(World Psychiatry 2010;9:56-60)

En los últimos 50 años, se ha logrado un grado de comprensión del trastorno de la personalidad y, de hecho, respetabilidad, que ahora puede considerarse como un trastorno equiparable a otros trastornos psiquiátricos. Antes de la década de los 60, el trastorno de la personalidad, con la posible excepción del grupo antisocial, se consideraba un diagnóstico no fiable e impreciso con escasa o nula utilidad clínica. Sin embargo, desde entonces y sobre todo desde el advenimiento del DSM-III en 1980, cada vez se ha reconocido más que el trastorno de la personalidad, pese a muchas imperfecciones en su clasificación, puede describirse y evaluarse de manera fiable. Se ha demostrado que el trastorno de la personalidad tiene una importante influencia en el pronóstico de otros trastornos mentales cuando se presenta como un problema concomitante y puede beneficiarse de un tratamiento específico. En este artículo se describen estos hallazgos desde una perspectiva global, ya que esto tiene especial importancia para los países de ingresos bajos en los cuales hasta en tiempos recientes pocas veces se ha estudiado el trastorno de la personalidad.

EPIDEMIOLOGÍA

Aunque los estudios nacionales sobre la morbilidad de las enfermedades psiquiátricas ahora se han vuelto más frecuentes en los países desarrollados, a menudo no registran el trastorno de la personalidad. Una de las principales causas de esto es la dificultad para llevar a cabo evaluaciones de este trastorno, sobre todo con entrevistadores neófitos. En consecuencia, sólo hay un puñado de estos estudios en la bibliografía (1-3). Sin embargo, conforme aumenta el empleo de las evaluaciones de detección del trastorno de la personalidad (4,5), es posible realizar tales valoraciones con entrevistadores neófitos y obtener datos valiosos.

En los últimos cinco años se han publicado tres estudios importantes sobre la epidemiología del trastorno de la personalidad. En la tabla 1 se resumen los resultados. Con mucho el más extenso de estos estudios se realizó en 10 países diferentes, incluidos seis países de ingresos bajos o medianos. Este

Tabla 1. Métodos de estudio y prevalencia del trastorno de la personalidad según estudios epidemiológicos recién publicados

Autor, año (cita bibl.)	País	Método	Prevalencia (%)	Instrumento de valoración
Huang y cols., 2009 (6)	Europa Occidental (WE), Colombia (C), Líbano (L), México (M), Nigeria (N), República del pueblo de China (PRC), Sudáfrica (SA), EE UU (US)	Encuestas de domicilios Múltiple imputación utilizada para pronosticar calificaciones de trastorno de la personalidad utilizando un procedimiento de simulación de tres partes. Las tasas de trastorno de la personalidad se calcularon como medias de estimados de prevalencia de imputación múltiple (n = 21.162)	WE: 2,4 C: 7,9 L: 6,2 M: 6,1 N: 2,7 PRC: 4,1 SA: 6,8 US: 7,6	Preguntas de valoración de 33 apartados del Examen Internacional del Trastorno de la personalidad (IPDE)
Coid y cols., 2006 (3)	Inglaterra, Gales y Escocia	Encuesta de una muestra estratificada de 15.000 domicilios (n = 628)	4,4	Cuestionario de detección del SCID-II
Grant y cols., 2004 (7)	EE UU	Muestra aleatoria (Encuesta Epidemiológica Nacional sobre los Trastornos por Alcohol y Relacionados) (n = 43.093)	14,8	Esquema para la entrevista sobre el trastorno por uso de alcohol y discapacidades asociadas, versión DSM-IV

estudio es muy importante pues demuestra que los trastornos de la personalidad no son menos frecuentes fuera de Europa, Norteamérica y Australia, donde se han recogido todos los datos previos. Así mismo, el estudio es importante porque demuestra que los problemas del funcionamiento social en las personas con trastorno de la personalidad tienen importancia clínica, aun cuando se controle la repercusión de otros problemas psiquiátricos concomitantes (6).

DE QUÉ MANERA EL TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD CONCOMITANTE INFLUYE EN OTROS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

A medida que se ha vuelto cada vez más consistente la identificación de los trastornos de la personalidad, ha sido posible dirigir nuestra atención a la forma en que este grupo de trastornos afectan a otros trastornos psiquiátricos, como los afectivos y los psicóticos, identificados y tratados con más frecuencia en los ámbitos psiquiátricos. Aunque la prevalencia del trastorno de la personalidad en la población al parecer fluctúa de 3 a 10%, como sería de suponer, es mucho más elevada en el contexto de la atención de segundo nivel (8,9). Como tal, cabría esperar que tuviese una repercusión en la psicopatología, el pronóstico y la prestación de servicios. Las investigaciones realizadas hasta la fecha, aunque limitadas en una forma similar a los datos epidemiológicos, respaldarían ampliamente este punto de vista.

La mejor relación estudiada es entre los trastornos depresivos y la categoría de la personalidad. En más de 60 estudios se ha analizado la correlación entre el trastorno de la personalidad y la depresión y al analizarlos en conjunto utilizando el enfoque metanalítico se confirma que las personas con un trastorno de la personalidad tienen una posibilidad aproximadamente dos veces mayor de no recuperarse de un episodio depresivo que las que no tienen ningún trastorno depresivo (datos no publicados). Estos datos son muy similares a los hallazgos iniciales de un pronóstico más desfavorable en la depresión cuando hay algún trastorno de la personalidad (10). Los estudios no aclaran si este peor pronóstico se debe a la falta de tratamientos dirigidos al trastorno de la personalidad o si este hace las veces de una diátesis en estos trastornos (11).

Los hallazgos en las enfermedades psicóticas son mucho menos claros. El campo de investigación está menos bien desarrollado e incluso la prevalencia de los trastornos de la personalidad fluctúa de 4,5 a 100%. Esta enorme variación al parecer está relacionada con el país del estudio, la atención brindada y las herramientas utilizadas para medir la personalidad (12). No está claro cuáles medidas de la personalidad en la psicosis son fiables (13). Los pronósticos en este grupo tampoco están bien estudiados (14) si bien hay indicadores periféricos de que el trastorno de la personalidad en este grupo a menudo se manifiesta a través de violencia (15), delitos (16) y reingresos hospitalarios (17).

En otras investigaciones se han analizado las interacciones de los trastornos de la personalidad y las enfermedades psiquiátricas mayores en la población y en centros de asistencia de segundo nivel. Esto también respalda la probabilidad de pronósticos más desfavorables en los pacientes con trastornos de la personalidad quienes, en general, son tratados por trastornos afectivos y psicóticos. Los pronósticos a dos años en una cohorte australiana demostraron que la faceta neurótica de

la personalidad era uno de los pocos factores correlacionados que permitían prever un pronóstico desfavorable en personas con enfermedades psiquiátricas (18). Los datos representativos también han señalado que el trastorno de la personalidad, sobre todo su gravedad, se acompaña de más necesidades sociales y más disfunción social en pacientes atendidos en centros de segundo nivel en Inglaterra (19).

Estudios como estos indican que la disfunción de la personalidad tiene un efecto negativo sobre la función y el pronóstico pero aún se tratan en forma relativamente insatisfactoria. ¿A qué se debe esto? La respuesta a esta pregunta puede tener múltiples facetas, aunque las actitudes de los médicos a este grupo difícil de tratar son importantes. Durante más de dos decenios, se ha señalado que a los psiquiatras no les gustan los pacientes con trastornos de la personalidad (20) y pruebas recientes indican que los médicos perciben a sus pacientes como más difíciles, pese a la evidencia objetiva que no respalda tal punto de vista (21). Estas actitudes pueden afectar de manera adversa el que se brinde una asistencia médica adecuada y como tal dificulta que los pacientes con trastorno de la personalidad y trastornos psiquiátricos concomitantes tengan acceso a un tratamiento apropiado de uno y otro trastorno.

Por tanto al parecer las personas con trastorno de la personalidad y otros trastornos concomitantes tienen pronósticos más desfavorables, funcionan menos bien en la sociedad y son estigmatizados por los médicos de los servicios de asistencia de segundo nivel, lo que reduce las posibilidades de que reciban una atención óptima. Esta es una combinación potencialmente costosa si se toma en cuenta la prestación de servicios de salud y de asistencia social.

COSTES DEL TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

Como parte de un informe reciente sobre las repercusiones económicas de los problemas psiquiátricos en Inglaterra, el King's Fund estimó que los costes para la salud y de los servicios de asistencia social de todas las personas con trastorno de la personalidad que están en contacto con sus médicos generales es del orden de 704 millones de libras por año (22). Cuando se incluyeron las mermas en la productividad, el coste aumentó a 7.900 millones de libras por año. Soeteman y cols. (23) utilizaron un enfoque similar para calcular el coste del trastorno de la personalidad mediante el empleo de datos derivados de contactos con los servicios de salud y de asistencia social para las personas que acudían al servicio de trastornos de la personalidad especializados. Calcularon la carga económica total del trastorno de la personalidad que en los países bajos era de 11.126 libras por paciente.

Estos estudios pueden considerarse como un punto de partida útil, pero no proporcionan un cálculo de la carga económica total que representa el trastorno de la personalidad, ya que los dos utilizaron información de personas que estaban en contacto con los servicios. Si bien quienes acuden a los servicios psiquiátricos proporcionan muestras oportunistas útiles para fines de investigación no son representativos de la población con trastorno de la personalidad como un todo. De hecho, sabemos que muchas de las personas con trastorno de la personalidad no son conocidas en los servicios (24), rechazan el tratamiento en vez de buscarlo (25) o están en contacto con los servicios pero

tienen un diagnóstico primario diferente (26). Por consiguiente, hasta el momento, sigue sin conocerse el verdadero coste del trastorno de la personalidad, pero ciertamente es sustancial, y corresponde a muchos sectores de servicios (salud, servicios sociales, justicia criminal) así como a la economía en forma más general (incapacidad para trabajar y muerte prematura).

EVIDENCIA DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO

Gran parte de la investigación realizada en el tratamiento del trastorno de la personalidad se ha enfocado en personas con trastornos límite de la personalidad. En los análisis sistemáticos de ensayos aleatorizados previamente publicados se llegó a la conclusión que se han realizado muy pocos estudios para lograr conclusiones claras sobre el tratamiento de esta forma de trastorno de la personalidad, pero han resaltado la repercusión limitada, en el mejor de los casos, de los tratamientos farmacológicos y los beneficios halagüeños, aunque todavía no claros, de las intervenciones psicosociales complejas como la psicoterapia conductual dialéctica (27,28).

El tratamiento de las personas con trastorno límite de la personalidad también se ha analizado como parte de la elaboración de las directrices nacionales. Después de la publicación de las directrices de la American Psychiatric Association en 2001 (29), el National Institute for Clinical Excellence en Inglaterra (NICE) publicó nuevas directrices de tratamiento para el trastorno de la personalidad límite y antisocial (30,31). Los datos factuales disponibles han llevado a tres conclusiones principales: a) los psicofármacos no tienen una utilidad demostrada a largo plazo en estos trastornos de la personalidad y sus efectos adversos normalmente impiden su uso excepto por periodos breves y de crisis; b) si se van a administrar otras modalidades de tratamiento (principalmente psicológicas), se deben administrar utilizando un enfoque de equipo estructurado para el trastorno límite de la personalidad y utilizar enfoques terapéuticos cognitivos (sobre todo psicoterapia de grupo) en el trastorno antisocial de la personalidad; c) en el trastorno antisocial de la personalidad, las intervenciones que recompensan son mejores que las que castigan.

Es aún más escasa la información en la cual basar las descripciones de tratamiento para las personas con otras formas de trastorno de la personalidad. Estudios recientes llevados a cabo por Svartberg y cols. (32) y Emmelkamp y cols. (33) son dignos de notar porque analizan la repercusión de los tratamientos psicológicos en personas con trastornos de la personalidad del grupo C. Los hallazgos de estos dos estudios son contradictorios pues en Emmelkamp y cols. demuestran una mejoría más importante en los pacientes a quienes se les ofrecen 20 sesiones de psicoterapia cognitiva en comparación con psicoterapia psicodinámica, en tanto que Svartberg y cols. observaron resultados similares del tratamiento en quienes recibieron estas dos intervenciones.

Para otras formas del trastorno de la personalidad en las cuales los pacientes son resistentes al tratamiento (tipo R) (es decir, no quieren modificar sus personalidades), por contraposición a los que buscan tratamiento (tipo S) (25), puede ser mejor intentar y adaptar el entorno a la personalidad y esto puede realizarse de manera sistemática mediante nidoterapia (34,35). Esta ha recibido apoyo en un ensayo aleatorizado reciente (36).

La mayor parte de los tratamientos supuestamente satisfactorios del trastorno de la personalidad son dilatados y conllevan recursos intensivos y deben fundamentarse en una buena base teórica y compromiso terapéutico. Estas conclusiones coinciden con las de un grupo de expertos en el tratamiento de personas con trastorno de la personalidad (37), lo cual también indica que no hay una “corrección rápida” en el tratamiento de estos trastornos y que casi todos los países posiblemente no cuentan con recursos para tratarlos de esta manera.

Si bien la investigación sobre el tratamiento del trastorno de la personalidad que va más allá del enfoque previo en el trastorno límite de la personalidad es bienvenida, los hallazgos de otros estudios muestran que en el ejercicio clínico las personas a las que se les ofrece tratamiento por lo general cumplen criterios diagnósticos de varias categorías de trastornos de la personalidad (38,39). Estos hallazgos añaden peso al planteamiento de reclasificar el trastorno de la personalidad para garantizar que el sistema utilizado tenga utilidad clínica.

NECESIDAD DE UNA NUEVA CLASIFICACIÓN

Si aceptamos las cifras epidemiológicas, un 3-10% de los adultos que habitan en los países de todo el mundo tienen un trastorno de la personalidad. Sin embargo, sólo una minoría de estos (probablemente 1 en 20) tiene un trastorno grave de la personalidad (49) y son las personas de este grupo las que producen los mayores quebrantos a los servicios y a la sociedad.

Para la mayor parte de los trastornos de la personalidad graves, la clasificación existente no es útil. No toma en cuenta la gravedad y genera la comorbilidad frecuente de varios trastornos de la personalidad a través de diferentes conglomerados (41), así como el uso frecuente del término “trastorno de la personalidad por lo demás no especificado”, el cual, cuando se utiliza a menudo más que cualquier categoría de la personalidad específica, es un signo de insatisfacción con la clasificación existente (42).

La sección sobre los trastornos de la personalidad de la WPA en la actualidad está analizando nuevas formas de clasificar el trastorno de la personalidad en la ICD-11. La sección, además de hacer recomendaciones sobre la clasificación de la gravedad antes señalada, está evaluando la reconsideración de las descripciones de los agrupamientos importantes de los trastornos de la personalidad. Estos serían menos numerosos, se solaparían menos y se espera que tengan más utilidad clínica.

Hay una sorprendente uniformidad en el número y las descripciones de las principales dimensiones del trastorno de la personalidad en los estudios realizados en pacientes psiquiátricos y en la población normal. Tres o cuatro dimensiones se comunican de manera uniforme (43-46), además del modelo bien conocido de cinco factores (47) que se ha recomendado para las descripciones centrales de los trastornos de la personalidad del DSM-V (48).

La primera dimensión es un factor exteriorizante potencialmente agresivo y hostil que incorpora los rasgos de trastorno límite, antisocial, narcisista, histriónico (grupo B en el DSM-IV) y a menudo paranoide de la personalidad. Algunos estudios informan una separación de un factor que incorpora la insensibilidad, la falta de remordimiento y la conducta delictiva (psicopatía), en tanto que otros encuentran un factor amplio individual. La segunda dimensión por lo general es un

factor interiorizante que consiste en un comportamiento neurótico, inhibido y evasivo que incorpora una conducta ansiosa. A esto se le denominaba astenia, pero ahora se resume mejor como rasgos de trastorno evasivo y dependiente de la personalidad (parte del grupo C) en el DSM-IV. La tercera dimensión comprende los síntomas esquizoides: introversión e indiferencia social, aislamiento y expresión restringida del afecto. En algunos estudios estas características se solapan con la conducta excéntrica y rara o con síntomas de trastorno paranoide de la personalidad, y se ha señalado que un factor adicional, la peculiaridad, constituye un modelo de seis factores (49). El cuarto factor constituye la obsesionalidad, la compulsividad y el perfeccionismo y aunque en la actualidad son parte del agrupamiento del conglomerado C los datos empíricos indican que pueden separarse. En algunos estudios esto forma parte del factor de interiorización, pero la mayoría de las investigaciones informan que los síntomas de trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad se separan como una serie de conductas coherentes y relativamente independientes.

Si bien en la actualidad existen pocos datos que respalden la validez de estos factores, es casi seguro que proporcionen una mejor descripción de la gama de anomalías de la personalidad en las clasificaciones actuales. También se pueden adaptar a una perspectiva del desarrollo que permitirá identificar los trastornos de la personalidad mucho antes del umbral de edad actual de 18 que es intrínseco tanto al DSM-IV como a la ICD-10 (50). Su importancia se basará en si brindan un modelo más útil para organizar y explicar la complejidad de la experiencia clínica en los trastornos de la personalidad y prever el pronóstico y servir de guía para las decisiones con respecto al tratamiento (51). Una nueva clasificación que no mejore la utilidad clínica será una clasificación fallida.

Al parecer hay poco que perder. Una encuesta reciente reveló que tres cuartas partes de los expertos en el trastorno de la personalidad pensaban que el sistema actual del DSM-IV debía reemplazarse (42). Utilizar cuatro (o posiblemente más) factores solapados parece preferible a seguir actuando como si los 10 trastornos actuales de la personalidad son separados, cuando una y otra vez se ha observado que no lo son.

El siguiente paso será derivar mejores entrevistas clínicas estructuradas que aborden estos factores bien y esto ha de generar una investigación competente que permita explorar si el conocimiento sobre la etiología, el pronóstico y el tratamiento mejora con el empleo de la nueva clasificación.

Los diagnósticos politéticos del DSM-IV no describen bien la psicopatología especificada de manera que es natural que no logren identificar criterios que podrían corresponder a las «características centrales» de cada diagnóstico de trastorno de la personalidad. La falta de manifestaciones centrales claramente identificadas y un enfoque de «recuento de votos» para el diagnóstico del trastorno de la personalidad (es decir, una lista del número de síntomas que se observan en una determinada persona, ver si es mayor que un valor umbral por lo general arbitrario y luego establecer el diagnóstico) evitaba que los médicos hicieran un diagnóstico diferencial en la clasificación del eje II. El legado es un sistema diagnóstico que no satisface ni al investigador ni al médico, pues no es simple, exacto ni útil. Por consiguiente, aunque ha favorecido una enorme cantidad de investigación ampliamente dispersa sobre etiología, psico-

patología, evolución y tratamiento de los trastornos de la personalidad, en la actualidad hay buenos motivos para considerar el enfoque del DSM-IV completamente desfasado.

La sección sobre trastornos de la personalidad de la WPA en la actualidad está valorando reconsiderar las descripciones de los principales agrupamientos del trastorno de la personalidad de manera que no sólo hagan buen sentido clínico sino también permitan distinguirlos de otros trastornos con los cuales a menudo se confunden, como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (52). No será una tarea fácil y como conclusión esperamos tener evidencia empírica del mayor número de estudios posible en el campo, no sólo en los países muy desarrollados, ya que una clasificación congruente también ha de ser aplicable a otros países (53) y utilizar estos datos en vez de fiarse en el respaldo incierto de la opinión de comités de consenso, como las clasificaciones previas lamentablemente se han visto forzadas a hacerlo.

Bibliografía

1. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:590-6.
2. Cohen BJ, Nestadt G, Samuels JF et al. Personality disorder in later life: a community study. *Br J Psychiatry* 1994;165:493-9.
3. Coid J, Yang M, Tyrer P et al. Prevalence and correlates of personality disorder among adults aged 16 to 74 in Great Britain. *Br J Psychiatry* 2006;188:423-31.
4. Langbehn DR, Pföhl BM, Reynolds S et al. The Iowa personality disorder screen: development and preliminary validation of a brief screening interview. *J Person Dis* 1999;13:75-89.
5. Moran P, Leese M, Lee T et al. Standardised Assessment of Personality - Abbreviated Scale (SAPAS): preliminary validation of a brief screen for personality disorder. *Br J Psychiatry* 2003;183:228-32.
6. Huang Y, Kotov R, de Girolamo G et al. DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2009;195:46-53.
7. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS et al. Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2004;65:948-58.
8. Newton-Howes G, Tyrer P, Anagnostakis K et al. The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (in press).
9. Cutting J, Cowen PJ, Mann AH et al. Personality and psychosis: use of the Standardised Assessment of Personality. *Acta Psychiatr Scand* 1986;73:87-92.
10. Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression: a meta-analysis of published studies. *Br J Psychiatry* 2006;188:13-20.
11. Tyrer P. Personality diatheses: a superior explanation than disorder. *Psychol Med* 2007;37:1521-5.
12. Newton-Howes G, Tyrer P, Yang M et al. The prevalence of personality disorder in schizophrenia: rates and explanatory modelling. *Psychol Med* 2008;37:1-8.
13. Docherty J, Fiester S, Shea T. Syndrome diagnosis and personality disorders. In: Frances AJ, Hales RE (eds). *American Psychiatric Association annual review*, Vol. 5. New York: American Psychiatric Press, 1986:315-55.

14. Newton-Howes G, Tyrer P, Moore A et al. Personality disorder and outcome in schizophrenia: a negative systematic review. *Person Ment Health* 2007;1:22-6.
15. Moran P, Walsh E, Tyrer P et al. Impact of co-morbid personality disorder on violence in psychosis – report from the UK700 trial. *Br J Psychiatry* 2003;182:129-34.
16. Moran P, Hodgins S. The correlation of comorbid antisocial personality disorder in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2004;30:791-801.
17. Tyrer P, Manley C, VanHorn E et al. Personality abnormality and its influence on outcome of intensive and standard case management: a randomised controlled trial. *Eur Psychiatry* 2000;15(Suppl 1):7-10.
18. Beard J, Heathcote K, Brooks R et al. Predictors of mental disorders and their outcomes in a community based cohort, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:623-30.
19. Newton-Howes G, Tyrer P, Weaver T. Social function of patients with personality disorder in secondary care. *Psychiatr Serv* 2008;59:1033-7.
20. Lewis G, Appleby L. Personality disorder: the patients psychiatrists dislike. *Br J Psychiatry* 1988;153:44-9.
21. Newton-Howes G, Weaver T, Tyrer P. Attitudes of staff towards patients with personality disorder in community health teams. *Aust N Z J Psychiatry* 2008;42:572-7.
22. McCrone P, Dhanasiri S, Patel A et al. Paying the price: the cost of mental health care in England to 2026. London: King's Fund, 2008.
23. Soeteman DI, Hakkaart-van Roijen L, Verheul R et al. The economic burden of personality disorders in mental health care. *J Clin Psychiatry* 2008;69:259-65.
24. National Institute of Mental Health in England. Personality disorder: no longer a diagnosis of exclusion. Leeds: National Institute of Mental Health in England, 2003.
25. Tyrer P, Mitchard S, Methuen C et al. Treatment-rejecting and treatment-seeking personality disorders: Type R and Type S. *J Person Disord* 2003;17:265-70.
26. Ranger M, Methuen C, Rutter D et al. Prevalence of personality disorder in the caseload of an inner city assertive outreach team. *Psychiatr Bull* 2004;28:441-3.
27. Binks CA, Fenton M, McCarthy L et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, 2005.
28. Binks C, Fenton M, McCarthy L et al. Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, 2006.
29. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158(Suppl.).
30. National Institute of Health and Clinical Excellence. Borderline personality disorder: treatment and management. London: National Institute of Health and Clinical Excellence, 2009.
31. National Institute of Health and Clinical Excellence. Antisocial personality disorder: treatment, management and prevention. London: National Institute of Health and Clinical Excellence, 2009.
32. Svartberg M, Stiles TC, Seltzer MH. Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Am J Psychiatry* 2004;161:810-7.
33. Emmelkamp PM, Benner A, Kuipers A et al. Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. *Br J Psychiatry* 2006;189:60-4.
34. Tyrer P, Sensky T, Mitchard S. The principles of nidotherapy in the treatment of persistent mental and personality disorders. *Psychother Psychosom* 2003;72:350-6.
35. Tyrer P, Kramo K. Nidotherapy in practice. *J Ment Health* 2007;16:117-31.
36. Ranger M, Tyrer P, Milošeska K et al. Cost-effectiveness of nido therapy for comorbid personality disorder and severe mental illness: randomized controlled trial. *Epidemiol Psichiatria Soc* 2009; 18:128-36.
37. Crawford MJ, Price K, Rutter D et al. Dedicated community-based services for adults with personality disorder: Delphi study. *Br J Psychiatry* 2008;193:342-3.
38. Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:649-58.
39. Abbass A, Sheldon A, Gyra J et al. Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV personality disorders: a randomized controlled trial. *J Nerv Ment Dis* 2008;196:211-6.
40. Tyrer P. Personality disorder and public mental health. *Clin Med* 2008;8:423-7.
41. Bowden Jones O, Iqbal MZ, Tyrer P et al. Prevalence of personality disorder in alcohol and drug services and associated comorbidity. *Addiction* 2004;99:1306-14.
42. Bernstein DP, Iscan C, Maser J et al. Opinions of personality disorder experts regarding the DSM-IV personality disorders classification system. *J Person Disord* 2007;21:536-51.
43. Tyrer P, Alexander J. Classification of personality disorder. *Br J Psychiatry* 1979;135:163-7.
44. Livesley WJ. A systematic approach to the delineation of personality disorders. *Am J Psychiatry* 1987;144:772-7.
45. Mulder RT, Joyce PR. Temperament and the structure of personality disorder symptoms. *Psychol Med* 1997;27:99-106.
46. Fossati A, Maffei C, Bagnato M et al. Patterns of covariation of DSM-IV personality disorders in a mixed psychiatric sample. *Compr Psychiatry* 2000;41:206-15.
47. Costa PT, McCrae RR. Personality disorders and the five-factor model of personality. *J Person Disord* 1990;4:362-71.
48. Widiger TA, Mullins-Sweatt SN. Five-factor model of personality disorder: a proposal for DSM-V. *Ann Rev Clin Psychol* 2009;5:197-220.
49. Watson D, Clark LA, Chmielewski M. Structures of personality and their relevance to psychopathology: II. Further articulation of a comprehensive unified trait structure. *J Person* 2008;76:1545-86.
50. Tackett JL, Balsis S, Oltmanns TF et al. A unifying perspective on personality pathology across the life span: developmental considerations for the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Dev Psychopathol* 2009;21:687-713.
51. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003;160:4-12.
52. Philipsen A, Limberger MF, Lieb K et al. Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *Br J Psychiatry* 2008;192:118-23.
53. Thuo J, Ndeti DM, Maru H et al. The prevalence of personality disorders in a Kenyan inpatient sample. *J Person Disord* 2008;22:217-20.

Los informes de mi muerte por un cáncer del cerebro no se han basado en evidencia (por lo menos hasta ahora)

En el Congreso de la WPA de 2009 en Florencia ha sido muy interesante que me saludaran varios colegas diciéndome «me alegra verte, oí que estabas muy grave y que habías muerto de cáncer del cerebro».

Pues no, todavía no estoy muerto y a mi entender nunca tuve un «cáncer del cerebro». Tuve un meningioma que me pudieron resear y no he tenido ningún síntoma somático desde entonces. La conclusión del neurocirujano fue: «estás como nuevo». No vivo con un reloj de arena y tengo proyectos a largo plazo. Sin embargo, una de mis resoluciones de «convertirme en como nuevo» después que me abrieron la cabeza es mantenerme receptivo y expresar lo que pienso. En este sentido deseo ilustrar algunas experiencias estremecedoras que nosotros los autoproclamados expertos en la conducta humana tal vez compartamos. Son nuestras propias respuestas al abordar a un amigo o colega que supuestamente está muy grave y que puede estar muriendo.

Uno de los extremos que me encontré fueron los colegas que expresaron su preocupación excesiva y empatía excesiva. Me tomaban del brazo con una expresión preocupada, diciendo: «¿Así que estás bien? ¿Realmente te sientes bien? Comprendo tu situación». Esto comenzó a recordarme la frase de Bill Clinton: «Siento su dolor». Pero él es político, un comunicador dotado quien se dirigía a grupos con verdadera ansiedad.

Si contestaba «estoy bien», estos colegas seguían insistiendo en que esto no podría ser —habían oído algo diferente e insistían en continuar con la «hiperempatía»—. La forma más eficiente para mí de salir de esta situación era realmente decirles los detalles no interesantes y quejarme sobre la casi empatía. Desaparecieron al cabo de un par de minutos.

En el otro extremo estaban personas que pretendían no notarme y que me miraban como un blanco muy lejano. Algunos de ellos más tarde se fueron al otro extremo y disculpándose me llamaban con «hiperempatía».

Resulta interesante que la frecuencia de estos dos comportamientos aumentaba cuando los medios estadounidenses estaban inundados de informes de que Ted Kennedy el querido senador estadounidense, tenía un tumor del cerebro. Hasta en-

tonces, no sabía que el senador por Massachusetts (EE UU) podía tener alguna repercusión personal directa en mí, pero comencé a recibir llamadas telefónicas preguntándome como me hallaba con mi «tumor cerebral»

Cuando llamé por teléfono a un «viejo» amigo (84 años de edad, 30 años de amistad) su respuesta fue «err» seguida de un largo silencio. Le pregunte qué era «err». Me dijo «Oí decir que tenías un cáncer de cerebro y que había fallecido y todos mis amigos están muertos o se están muriendo, ¿de dónde me estás llamando?». Pues bien, todavía estoy escribiendo este comunicado.

¿El mensaje? los psiquiatras analizan tu yo. Nos comportamos como cualquier otro ser humano. Por lo menos debíamos tener presente esto y tratar de rectificarlo y controlarlo cuando fuese necesario. La pretensión de que «todo sigue igual» a veces puede ser mejor que evitar situaciones potencialmente embarazosas, o pretender una empatía que el receptor (posiblemente hipersensible) percibirá como no sincera, sobre todo si proviene de alguien que nunca se consideró como una persona que realmente se preocupase.

La resección de mi masa intracraneal al parecer fue sin incidentes, pero las secuelas sociales y profesionales fomentaron más reflexiones. La experiencia subjetiva resultó ser parte de mi formación médica continua de por vida, aunque sin créditos formales.

Recomendaría a los colegas que compartieran conmigo (biobehav@buffalo.edu) sus experiencias subjetivas y observaciones que puedan generalizarse. Espero que organicemos una sesión abierta en uno de nuestros congresos futuros. El objetivo será una contribución operacional hacia la mejor camaradería y también hacia un cambio en la conducta y en las relaciones.

Uriel Halbreich

*Sección sobre Colaboración Interdisciplinaria de la WPA
State University of New York, Buffalo NY 14214 (USA)*

El plan de acción del Consejo de Psiquiatras Principiantes de la WPA para el 2010

**ANDREA FIORILLO,
ZUZANA LATTOVA, PRACHI
BRAHMBHATT, HUSSIEN EL KHOLY,
FELIPE PICON**

Coordinadores de Área del Consejo de Psiquiatras Principiantes de la WPA

El compromiso de liderazgo de la WPA hacia los psiquiatras principiantes fue claro desde el principio de este trienio. De hecho, la cuarta meta institucional del Plan de Acción de la WPA 2008-2011 fue «promover el desarrollo profesional de los psiquiatras principiantes en todo el mundo» (1). El presidente profesor Mario Maj definió una serie de iniciativas para alcanzar esta meta: a) lanzamiento, en colaboración con una red de centros de excelencia, de un programa de residencias de un año para los psiquiatras jóvenes; b) organizar una serie de seminarios sobre liderazgo y aptitudes profesionales de psiquiatras jóvenes c) facilitar la participación de psiquiatras jóvenes en los congresos de la WPA y otras reuniones científicas; d) estimular la participación de los psiquiatras jóvenes en las actividades de las secciones científicas de la WPA; e) integrarse y asistir a las asociaciones integrantes en el desarrollo y la implementación de programas para los psiquiatras jóvenes (1). Otra iniciativa fue crear un consejo de psiquiatras principiantes, que deben colaborar con el presidente y el comité ejecutivo para tratar de alcanzar las metas ya mencionadas.

Los miembros del Consejo de Psiquiatras Principiantes de la WPA han sido asignados por las asociaciones integrantes de la WPA y subdivididos en las siguientes zonas geográficas: Europa I, que incluye norte, sur y oeste de Europa; Europa II, que incluye Europa Central y Oriental; Asia/Australasia; África y Medio Oriente; países de América.

El Consejo de Psiquiatras Principiantes ha iniciado activamente su trabajo. La primera actividad del consejo fue elegir un coordinador por cada una de las cinco áreas geográficas. Andrea Fiorillo de Italia ha sido elegido para Europa I, Zuzana Lattova de la República Checa para Europa II, Pra-

chi Brahmabhatt de Australia para Asia/Australasia, Hussien El Kholy de Egipto para África y el Medio Oriente y Felipe Picon de Brasil para los países sudamericanos.

El 18 de diciembre, de 2009, los cinco coordinadores tuvieron una teleconferencia con el presidente de la WPA a fin de analizar y finalizar el plan de acción del consejo, tomando en cuenta las diversas ideas interesantes que surgieron durante las cinco teleconferencias que el presidente de la WPA tuvo con los miembros de cada región en octubre de 2009.

Según los instrumentos normativos de la WPA, el Consejo de Psiquiatras Principiantes es de esperar que a) actualicen la comunicación concerniente a los psiquiatras principiantes entre las asociaciones integrantes de la WPA y la junta directiva de la WPA; b) identificar y abordar los problemas relacionados con los psiquiatras principiantes; c) promover la participación de los psiquiatras principiantes en las diversas actividades sectoriales de la WPA; d) contribuir al plan de las actividades para promover el desarrollo profesional de los psiquiatras principiantes.

En este documento describimos brevemente el plan de acción para 2010 del consejo de Psiquiatras principiantes de la WPA, el cual consiste en las siguientes nueve actividades.

Página Web de la WPA

El Consejo de Psiquiatras Principiantes elaborará su propia sección en la página Web de la WPA. Los coordinadores de las cinco zonas interactuarán con los miembros del consejo y acordarán el contenido que se publicará en esta sección de la página Web.

Uno de los cinco coordinadores de zona será responsable de la página Web e interactuará en forma activa con la secretaría de la WPA.

Noticias de la WPA

El Consejo de Psiquiatras Principiantes tendrá a su disposición hasta dos páginas

en cada número de las noticias de la WPA, que es el boletín noticioso oficial trimestral de la WPA. Esto brindará la posibilidad de transmitir información sobre las actividades del consejo a todas las asociaciones integrantes y secciones científicas.

World Psychiatry

El Consejo de Psiquiatras Principiantes tiene la posibilidad de enviar los documentos a la revista oficial de la WPA; en concreto, bajo las secciones de los documentos de normatividad psiquiátrica y noticias de la WPA. Las actividades en colaboración ya comenzaron entre los miembros del consejo a fin de producir documentos de calidad satisfactoria para la revista.

Estudios y documentos sobre educación en psiquiatría y otros aspectos

Todos los miembros del consejo están de acuerdo en la importancia de producir escritos o documentos sobre educación en psiquiatría y aspectos relacionados con los problemas y actividades de los psiquiatras principiantes.

Europa I y II acordaron producir un documento conjunto sobre la formación en psicoterapia en diferentes países europeos. Europa ulteriormente enviará un documento sobre lo que ocurre a los psiquiatras principiantes después de su formación, la llamada «fase de transición». Europa II, África y Medio Oriente así como países de América producirán escritos o documentos sobre la educación psiquiátrica en sus regiones. La región de Asia/Australasia está interesada en el aspecto de la estigmatización de las personas con trastornos mentales y de los psiquiatras, y estará en contacto con la sección sobre estigma y enfermedades psiquiátricas de la WPA (2). Por último, África y Medio Oriente elaborará un documento sobre la selección de la psiquiatría como una especialidad y tomarán en cuenta la redacción de un escrito o documento sobre la capacitación de las enfermeras en aspectos psiquiátricos.

Participación en el programa de la WPA sobre la depresión en personas con actividades físicas

La WPA recientemente comenzó un programa dirigido a mejorar la concien-

ciación de la prevalencia y las repercusiones pronósticas de la depresión en personas con enfermedades físicas (3). Se están produciendo tres libros, los cuales abordan respectivamente la depresión y la diabetes, la depresión y el cáncer y la depresión y la cardiopatía y se desarrollarán tres series correspondientes de diapositivas, las que se traducirán en varios idiomas y se publicarán en la página Web de la WPA. El Consejo de Psiquiatras principiantes contribuirá a la traducción y adaptación de las diapositivas en diferentes idiomas.

Sección de la página Web de la WPA para el público en general

El Consejo de Psiquiatras Principiantes participará en la elaboración de una sección de la página Web de la WPA para el público general. Se recibirá la participación por el secretario general de la WPA y el secretario de educación de la WPA.

Participación en las reuniones científicas de la WPA

En los años 2010 y 2011, el Consejo de Psiquiatras Principiantes contribuirá a las reuniones regionales e internacionales de la WPA, y en concreto las que tendrán lugar en San Petesburgo, en junio de 2001, en Cairo en junio de 2011 y en Pekín en septiembre de 2010.

El consejo contribuirá activamente al decimoquinto congreso mundial de psiquiatría, que tendrá lugar en Buenos Aires en septiembre de 2011, con propuestas de simposios y seminarios. Así mismo, en esta ocasión se organizará una asamblea del consejo.

Participación en las secciones científicas de la WPA

Los miembros del consejo y todos los psiquiatras principiantes son bienvenidos para unirse a las secciones científicas de la WPA. El consejo probablemente ten-

drá una representación oficial en una o más secciones.

Residencias, proyectos de investigación, seminarios de formación para los capacitadores de la WPA

Todos los psiquiatras principiantes son bienvenidos para solicitar becas de la WPA y para participar en los seminarios de formación de los capacitadores de la WPA y de remitir proyectos de investigación a la WPA para apoyo económico. En la página Web de la WPA se encuentra más información sobre este tema.

Bibliografía

1. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008;7:129-30.
2. Stuart H. Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. *World Psychiatry* 2008;7:185-8.
3. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2009;8:65-6.

Congreso Regional de la WPA en Abuja, Nigeria, del 22 al 24 de octubre de 2009

OYE GUREJE

Convocador del Congreso

El Congreso Regional de la WPA que tuvo lugar en Abuja, Nigeria, del 22 al 24 de octubre de 2009 atrajo a 309 delegados de 19 países. Organizado en colaboración con la African Association of Psychiatrists and Allied Professionals (AAPAP) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), y con la Association of Psychiatrists in Nigeria (APN) como anfitrión, el tema del Congreso «Ampliación y divulgación: atención a la necesidad insatisfecha de servicios», fue seleccionado para reflejar un punto de interés actual importante en los interesados en la psiquiatría global, incluidas la OMS y la WPA.

El Congreso fue declarado inaugurado por el Ministro de Salud, profesor B Oso-timehin, en representación del presidente de Nigeria. En su discurso inaugural, se informó a los asistentes que una revisión de la normatividad en psiquiatría y un borrador de la legislación psiquiátrica en Nigeria iban a entrar en un proceso de con-

sultas a los interesados y que era de esperar que estos documentos pronto comenzaran a recibir atención oficial. El presidente de la WPA, profesor M. Maj, resaltó los puntos del plan de la WPA para el trienio destacando lo pertinente a la región. Estos comprendieron la atención en la participación política para ampliar los servicios psiquiátricos, la formulación de programas educativos para los psiquiatras jóvenes y la atención a poblaciones con necesidades especiales, incluso aquellas con experiencia reciente en desastres. El Dr. S. Saxena, del Departamento de Psiquiatría y Toxicomanía de la OMS, ratificó a los asistentes la importancia que se le ha dado a incrementar los servicios en la región, a juzgar por la identificación de varios países necesitados de apoyo específico en el documento mhGAP de la Organización.

O. Gureje, el convocador del congreso, ubicó el congreso en el contexto de varios decenios de crecimiento de la psiquiatría académica en Nigeria. Recordó a los participantes que el primer congreso formal de psiquiatras en todo el mundo que iba a

tener lugar en el África subsahariana fue convocado en Nigeria por el finado Profesor A. Lambo en noviembre de 1961. El Dr. F. Njenga, presidente saliente de la AAPAP, hizo una crónica del desarrollo de la Asociación y observó que en un periodo relativamente breve de su existencia ha establecido credibilidad como una organización profesional.

El Congreso tuvo un complemento completo de programas científicos que comprendió conferencias plenarias, conferencias clave, simposios y documentos libres para informar sobre nuevas investigaciones. Se prestó especial atención a varios componentes del plan de acción de la WPA para el trienio 2008-2011 (1-2). Estos consistieron en un simposio sobre las experiencias en nuestro campo —con ejemplos de la reforma psiquiátrica (Uganda), la psicoterapia cultural (Jamaica) y una iniciativa sobre psiquiatría e infección por VIH (en varios países africanos)— y el debate en un foro enfocado en la intervención de las asociaciones de profesionales en la reforma de la asistencia sanitaria. El

simposio en el que los doctores D. Regier y S. Saxena proporcionaron actualizaciones sobre el proceso de revisión de la ICD y el DSM, tuvo especial interés para muchos participantes. Durante el Congreso se llevaron a cabo dos seminarios especiales: uno sobre la comunicación de los niños y adultos con discapacidades mentales (por el profesor S. Hollins) y el otro sobre las directrices del Comité Permanente Interorganismos de las Naciones Unidas para responder a los conflictos bélicos y desastres (por el Dr. Nakku y sus colaboradores).

Cabe hacer mención de dos eventos previos y posteriores al Congreso. Un grupo de estudio, patrocinado por la International Association for Child and Adolescent Psychiatrists and Allied Professionals, fue realizado durante tres días antes que comenzara el Congreso. Dirigido por el Prof. B. Robertson, tuvo como miembro del cuerpo docente al Prof. M. Belfer. Se organizó otro seminario para psiquiatras jóvenes sobre las aptitudes profesionales y dirección, coordinado por el profesor N. Sartorius, el cual tuvo lugar después del congreso principal. Otros miembros de la facultad fueron los Profesores G. Thornicroft, S. Seedat y O. Gureje.

El Profesor N. Sartorius durante la cena dio una conferencia en honor al Profesor A. Lambo, el primer psiquiatra nigeriano que después llegó a ser el director general delegado de la OMS. Expuso una crónica del desarrollo y la ejecución del Estudio Preliminar Internacional sobre la Esquizofrenia, un proyecto multinacional pionero elaborado en cooperación de la OMS en el cual participaron los Profesores Sartorius y Lambo y otro participante en el congreso, el Profesor M. Olatawura. En la confe-

rencia se expuso a los miembros jóvenes entre los asistentes una excursión histórica al pasado remoto de la epidemiología psiquiátrica, acompañada de fotos en blanco y negro tomadas durante la ejecución del proyecto. Así mismo, durante la cena, se presenció un cambio formal de liderazgo de la AAPAP cuando el Dr. F. Njenga, el presidente saliente, pasó en ceremonia el

collar de mando al Prof. O. Gureje como nuevo presidente.

Bibliografía

1. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008;7:129-30.
2. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2009;8:65-6.

Becas para investigación de la WPA

Como parte del plan de acción para el trienio 2008-2011, la WPA ha lanzado un programa de becas para investigación para los psiquiatras en los primeros años de su carrera en países de ingresos bajos o medianos bajos, y en colaboración con centros de excelencia en psiquiatría de renombre internacional. Ya se han publicado varias solicitudes en la página Web de la WPA y ya se ha hecho la selección de algunos becarios.

Se recibieron 94 solicitudes en el plazo del 30 de junio de 2009 para una beca en el Department of Psychiatric & Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, EE UU. La selección fue realizada por los Profesores D. Kupfer, E. Frank y M. Maj. La becaria seleccionada es la Dra. T.T. Bella, de Nigeria. Su beca de investigación comenzará el 1º de enero de 2010. La Dra. Bella pasará un año en Pittsburgh realizando investigaciones en el campo de los trastornos afectivos.

Se recibieron 59 solicitudes en el plazo del 30 de septiembre de 2009 para una beca en la University of Maryland School

of Medicine, Baltimore, MD, EE UU. La selección fue realizada por los Profs. A. Bellack y M. Maj. El becario seleccionado es el Dr. Yu-Tao Xiang, de China. Su residencia comenzará el 1 de enero de 2010. Pasará un año en Baltimore realizando investigación sobre aspectos psicosociales con hincapié en la esquizofrenia y otras enfermedades mentales graves.

Se recibieron 48 solicitudes en el plazo del 30 de septiembre de 2009 para una beca en el Case Western Reserve School of Medicine en Cleveland, OH, EE UU. La selección fue hecha por los Profesores J. Calabrese y M. Maj. El becario seleccionado es el Dr. Jun Chen de China. Su beca de investigación comenzará el 1º de febrero de 2010. Pasará un año en Cleveland llevando a cabo una investigación en el campo de la fenomenología y la terapéutica del trastorno bipolar.

Todo residente recibirá un subsidio de 30.000 euros más viáticos. Los becarios se han comprometido a notificar a la WPA sobre los resultados de su actividad y aplicar en su país de origen lo que hayan aprendido.

