

# World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 1, Número 2



Octubre 2003

## EDITORIAL

- La Declaración de Madrid y su aplicación. Una actualización  
A. OKASHA 65

## ARTÍCULOS ESPECIALES

- El trastorno bipolar y la esquizofrenia: ¿parientes no tan lejanos?  
W. BERRETTINI 68

- El psicoanálisis hoy en día  
P. FONAGY 73

- El futuro de la farmacoterapia en la esquizofrenia  
J.M. KANE, A. MALHOTRA 81

## FORUM - LA PSIQUIATRÍA Y EL HOSPITAL GENERAL

- La psiquiatría y el hospital general en una época de incertidumbre  
D.R. LIPSITT 87

- Comentarios  
F. CREED, G.C. SMITH, U.F. MALT, A. DIEFENBACHER, T. HOSAKA, M. RIGATELLI, F.J. HUYSE, R. FAHRER, N. MENDIS, L.G. RUIZ-FLORES 93

## ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

- La prevalencia a nivel mundial del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿es éste un trastorno típico de Estados Unidos?  
S.V. FARAONE, J. SERGEANT, C. GILLBERG, J. BIEDERMAN 104

- Adaptaciones de la psicoterapia interpersonal de grupo para su aplicación en un país en vías de desarrollo: experiencia en una zona rural de Uganda  
H. VERDELL, K. CLOUGHERTY, P. BOLTON, L. SPELMAN, L. NDOGONI, J. BASS, R. NEUGEBAUER, M.M. WEISSMAN 114

## POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

- Violencia y enfermedad mental: una consideración general  
H. STUART 121

- Reconsideración de la salud mental: una perspectiva europea de la OMS  
W. RUTZ 125

## NOTICIAS DE LA WPA

- El Congreso Internacional de la WPA -Tratamientos en psiquiatría: una actualización-  
M. MAJ 128

# World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 1, Número 2



Octubre 2003

Traducción íntegra de la Edición Original

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

## EDICIÓN ORIGINAL

**Editor:** M. Maj (Italy)

**Editorial Board:** A. Okasha (Egypt), J.E. Mezzich (USA), J. Cox (UK), S. Tyano (Israel), P. Ruiz (USA), R. Montenegro (Argentina), G. Christodoulou (Greece)

**Advisory Board:** H.S. Akiskal (USA), R.D. Alarcón (USA), H. Freeman (UK), M. Kastrup (Denmark), H. Katschnig (Austria), J.J. López-Ibor (Spain), D. Moussaoui (Morocco), P. Munk-Jorgensen (Denmark), F. Njenga (Kenya), J. Parnas (Denmark), V. Patel (India), N. Sartorius (Switzerland), R. Srinivasa Murthy (India), J. Talbott (USA), M. Tansella (Italy), J. Zohar (Israel)

**Periodicidad:** 3 números al año

**Disponible en Internet:** [www.ArsXXI.com/WP](http://www.ArsXXI.com/WP)

Consulte nuestra página web [www.arsmedica.info](http://www.arsmedica.info) donde podrá acceder a nuestras publicaciones

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



**Publicidad:** Grupo Ars XXI de Comunicación, S.A.

Paseo de Gracia 25, 3.º • 08007 Barcelona • Tel. (34) 932 721 750 • Fax (34) 934 881 193  
Apolonio Morales 13 • 28036 Madrid • Tel. (34) 915 611 438 • Fax (34) 914 113 966

© Copyright World Psychiatric Association

Publicado por Psiquiatría Editores, S.L.

Publicación que cumple los requisitos de soporte válido

ISSN: En trámite

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

Depósito Legal: B-34.071-2003

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

Reservados todos los derechos.

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

Traducido por Psiquiatría Editores, S.L., del original en lengua inglesa (Volumen 2, Número 2, 2003). La responsabilidad de la traducción recae sólo en Psiquiatría Editores, S.L., y no es responsabilidad de la World Psychiatric Association (WPA).

Translated by Psiquiatría Editores, S.L., from the original English language version (Volume 2, Number 2, 2003). Responsibility for the accuracy of the Spanish language rests solely with Psiquiatría Editores 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.

**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.A. Si desea realizar cualquier rectificación o cancelación de los mismos, deberá enviar una solicitud por escrito a: Grupo Ars XXI de Comunicación, S.A. Paseo de Gracia 25, 3.º 08007 Barcelona.

# La Declaración de Madrid y su aplicación. Una actualización

AHMED OKASHA

*President, World Psychiatric Association*

La Declaración de Hawai (1) fue el primer documento de declaración de intenciones de la profesión psiquiátrica en lo relativo a aspectos éticos. Fue preparado por Clarence Blomquist y posteriormente adoptado por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) en Hawai en 1977. Su objetivo principal fue el de apoyar y orientar a los psiquiatras en los conflictos de conciencia en las sociedades contemporáneas, y ayudarles en los problemas planteados por la toma de decisiones psiquiátricas. Un importante factor desencadenante de la elaboración de este documento fue el mal uso político de la psiquiatría en países como la antigua Unión Soviética, Rumania y Sudáfrica, hecho que llegó a conocimiento de la opinión pública a principios de la década de 1970. En el primer párrafo de la Declaración ya se refleja la preocupación por el problema ético del mal uso político de los conceptos, el conocimiento y las técnicas psiquiátricos (2).

La Declaración de Hawai expone los principios éticos del respeto por la autonomía y la actitud humanista estableciendo los componentes del consentimiento informado, recordando la obligación de la confidencialidad, declarando las normas para la evaluación forense y las intervenciones de carácter legal obligatorio, solicitando la posibilidad de una comprobación independiente de las medidas legales obligatorias, y recomendando a los psiquiatras no hacer mal uso de sus recursos profesionales y –en particular– abstenerse de cualquier intervención forzosa en personas que no padezcan un trastorno mental.

Los esfuerzos de los psiquiatras y los políticos sanitarios iniciados en muchos países han conseguido mejoras fundamentales en la atención a los enfermos mentales. El reconocimiento creciente de los derechos básicos de estos pacientes condujo en 1991 a la Resolución 46/119 de las Naciones Unidas (NU) para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y la Mejora de la Atención de Salud Mental (Principios para una Política sobre Salud Mental) (3). En esta resolución, los derechos humanos del enfermo mental y su derecho al tratamiento fueron considerados por primera vez en un documento de las Naciones Unidas. Los psiquiatras fueron impelidos a usar estas normas como una referencia frente a las autoridades y gobiernos de sus países. Los gobiernos nacionales, por su parte, fueron impelidos a adoptar los principios de esta resolución por medio de las adecuadas disposiciones legislativas, jurídicas, administrativas, educativas y de otro tipo.

## DESARROLLO Y CONTENIDOS DE LA DECLARACIÓN DE MADRID

Con los antecedentes ya señalados, en el Congreso Mundial de 1993, la WPA designó a su Comité de Ética

para que efectuara una actualización de la Declaración de Hawai y para que desarrollara el protocolo relativo a las distintas situaciones específicas.

El proceso consistió en la recogida de datos acerca de los aspectos de ética profesional en el campo de la medicina y la psiquiatría, a partir de todas las sociedades de la WPA. La bibliografía sobre los aspectos éticos fue complementada en 1994, según la recomendación del Comité de Planificación a Largo Plazo de la WPA, con una encuesta remitida por correo a las diferentes sociedades para poder identificar la existencia de códigos de conducta ética en los psiquiatras de los distintos países. Se recibieron respuestas correspondientes a 21 países; en seis de ellas los psiquiatras seguían los códigos de conducta de la medicina general, en 13 se contemplaba un código especial para los psiquiatras y en dos se estaba preparando un código de comportamiento ético para los psiquiatras en el momento en el que se realizó la encuesta.

Además, con objeto de realizar una encuesta acerca de los derechos de los pacientes mentales, a todas las sociedades miembro de la WPA se les solicitó la respuesta a una lista de preguntas elaborada por el Dr. Bertolote de la Division of Mental Health de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, para la evaluación de los derechos humanos de los enfermos psiquiátricos. En el 70 % de los países había una legislación referida específicamente a la asistencia sanitaria psiquiátrica, así como un organismo gubernamental específico responsable de la promoción y el mantenimiento de la misma. En aproximadamente la mitad de los países se dedicaban recursos (humanos, económicos y materiales) a las clínicas de salud mental comparables a los dedicados al resto de centros sanitarios. Con respecto a los derechos de los pacientes mentales, en aproximadamente la mitad de los países se solicitaba siempre a los pacientes el consentimiento informado antes de comenzar el tratamiento, y en el 57 % de los países existía una normativa relativa a los pasos a seguir para la contención de los pacientes con enfermedades mentales. En el 74 % de los países que respondieron, los pacientes podían acceder a su historia clínica sólo con solicitarlo. Sin embargo, sólo en 43 países había leyes específicas que prohibían la discriminación contra las personas que padecen enfermedad mental, y en el 30 % de los países se utilizaban en ocasiones las prisiones para recluir a los pacientes psiquiátricos.

La primera sección de la Declaración de Madrid (4) subraya los compromisos éticos de la profesión y las consideraciones teóricas en las que están basados estos compromisos. Se reconoce que los profesionales de la medicina se están enfrentando a dilemas éticos nuevos debidos a la complejidad cada vez mayor de la asistencia médica, a la aparición de nuevos factores de

tensión entre el médico y el paciente, a las nuevas expectativas sociales respecto a los médicos, al desarrollo de nuevas modalidades de investigación y al rápido avance de la tecnología de investigación con la perspectiva de desarrollo de posibles intervenciones de carácter tecnológico dirigidas especialmente hacia el campo de la investigación genética y de la predicción de las enfermedades. Sin embargo, también se subraya que, a pesar de las diferencias culturales, sociales y nacionales, sigue siendo universal la necesidad de un comportamiento ético con revisión continua de los criterios éticos. Se señala que como profesional de la medicina, el psiquiatra debe ser consciente de las implicaciones éticas de ser médico así como de las demandas éticas específicas de la especialidad de la psiquiatría. Como miembro de la sociedad, el psiquiatra debe equilibrar sus obligaciones profesionales con sus responsabilidades respecto al bien común. Además, en la Declaración de Madrid, se hace hincapié en que el comportamiento ético está basado en el sentido individual de responsabilidad que tiene el psiquiatra hacia el paciente, así como en su capacidad de juicio para determinar cuál es el comportamiento correcto y apropiado.

En la segunda sección de la Declaración de Madrid se incluyen varias normas generales centradas en el objetivo de la psiquiatría. Se señala que:

1. La psiquiatría es una disciplina médica cuyos objetivos son: la provisión del tratamiento mejor para las enfermedades mentales, la rehabilitación de los pacientes que sufren estas enfermedades y la promoción de la salud mental. Los psiquiatras atienden a sus pacientes mediante la aplicación de las mejores medidas terapéuticas congruentes con el conocimiento científico y con los principios éticos aceptados. Los psiquiatras deben realizar intervenciones terapéuticas que causen la menor restricción posible de la libertad de sus pacientes, y deben consultar a otros especialistas en aquellos aspectos de su trabajo en los que no tienen una experiencia suficiente. Para ello, los psiquiatras deben ser conscientes y tener la preocupación de procurar una asignación equitativa de los recursos sanitarios.
2. Los psiquiatras tienen la obligación de mantenerse al corriente de los avances científicos efectuados en la especialidad y de transmitir a sus compañeros estos conocimientos actualizados.
3. El paciente debe ser aceptado por derecho como una parte importante en el proceso terapéutico. La relación psiquiatra-paciente debe estar fundamentada en la confianza y respeto mutuos para que el paciente pueda tomar sus decisiones de manera libre y plenamente informada.
4. En los casos en los que una enfermedad mental haya hecho que el paciente esté incapacitado, no pueda ejercer su juicio o ambas posibilidades, y también en las situaciones en las que el paciente muestra una deficiencia mental grave, el psiquiatra debe consultar con la familia y –en los casos en los que se considere apropiado– buscar consejo legal con el objetivo de proteger la dignidad humana y los derechos legales del paciente. No se debe administrar ni aplicar ningún tratamiento contra la voluntad del paciente, a menos que la retirada o negación del mismo pueda poner en peligro la vida del mismo, la de los que le rodean o la de ambos. El tratamiento siempre debe tener como objetivo principal el interés del paciente.
5. Cuando se solicita al psiquiatra que efectúe la evaluación clínica de una persona, es su obligación informar y advertir a ésta acerca del objetivo de la intervención profesional.
6. La información obtenida a través de la relación terapéutica se debe mantener como secreto profesional y únicamente se puede utilizar con el propósito de mejorar la salud mental del paciente. La violación de la confidencialidad sólo puede ser apropiada en las situaciones en las que sea factible un

daño físico o mental grave para el paciente o para una tercera persona en el caso de que se mantuviera la confidencialidad.

7. La investigación que no se realiza según los principios de la ciencia es antiética. Debido a que los pacientes psiquiátricos son personas especialmente vulnerables como sujetos de investigación, es necesario tomar precauciones suplementarias para proteger su autonomía, así como su integridad mental y física.

## RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

En la tercera sección de la Declaración de Madrid se recogen recomendaciones acerca de aspectos específicos. Cinco de estos aspectos específicos –los relativos a la eutanasia, la tortura, la pena de muerte, la selección del sexo y el trasplante de órganos– fueron abordados por la asamblea general de la WPA que tuvo lugar en 1996 en Madrid. Otros tres aspectos específicos –los concernientes a la relación entre los psiquiatras y los medios de comunicación, a la actitud de los psiquiatras respecto a la discriminación por motivos raciales o culturales, y a la investigación psiquiátrica y genética– fueron estudiados en la asamblea general de la WPA que tuvo lugar en Hamburgo en 1999. En la reunión de Yokohama, efectuada en 2002, se estudiaron los aspectos éticos de la psicoterapia, los conflictos de intereses en la relación con la industria, los conflictos de intereses con las compañías de seguros y los aspectos relativos a la violación de los límites clínicos. Las posturas éticas sobre estas cuestiones son complementarios a los de la Declaración de Madrid.

**Eutanasia.** Acerca del problema de la muerte por compasión o eutanasia, en la Declaración de Madrid se subraya que la primera y principal tarea del médico es la promoción de la salud, la disminución del sufrimiento y la protección de la vida. El psiquiatra debe ser consciente de que los puntos de vista de un paciente pueden estar distorsionados por una enfermedad mental como la depresión. En estas situaciones, la obligación del psiquiatra es la de tratar la enfermedad.

**Tortura.** En la Declaración de Madrid se señala que los psiquiatras no deben participar en ningún proceso de tortura mental o física, incluso aunque las autoridades les obliguen a formar parte en estos actos. También se señala que bajo ninguna circunstancia debe participar el psiquiatra en ejecuciones legalmente autorizadas ni tampoco en la evaluación del grado de capacidad física o mental de cualquier persona que vaya a ser ejecutada.

**Selección del sexo.** Dada la preferencia por la descendencia de sexo masculino que existe en algunas sociedades y que puede dar lugar a la realización de aborto con ayuda de un certificado realizado por un psiquiatra, en la Declaración de Madrid se subraya que bajo ninguna circunstancia debe participar el psiquiatra en las decisiones relativas a la interrupción del embarazo con el objetivo de la selección del sexo.

**Implicación de los psiquiatras en el trasplante de órganos.** En la Declaración de Madrid se indica que los psiquiatras no deben tomar decisiones en nombre de los pacientes ni tampoco deben utilizar su experiencia psicoterapéutica para influir en la decisión que pueda tomar un paciente respecto a estas cuestiones.

**Los psiquiatras y la discriminación por motivos raciales o culturales.** La discriminación que pueden realizar los psiquiatras debido a razones raciales o culturales, ya sea de manera directa o apoyando a otros, es antiética. Los psiquiatras nunca deben implicarse ni participar directa o indirectamente en ninguna actividad relacionada con la limpieza étnica.

**Los psiquiatras y la investigación y el consejo genéticos.** En su 30ª sesión de 1999, la Conferencia General de la UNESCO abordó el documento denominado Recomendaciones para la Aplicación de la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos elaborado por el Comité Internacional de Bioética, y aprobado por el Comité Intergubernamental de Bioética (5). En esta declaración se afirma que, en sentido simbólico, el genoma humano constituye la

herencia de la humanidad, y se subraya el reconocimiento de la dignidad y diversidad inherentes al ser humano, debido a lo cual es imprescindible no reducir al ser humano a sus características genéticas y respetar su individualidad y diversidad. Se subraya la necesidad de una evaluación previa y rigurosa de los posibles riesgos y beneficios que acompañan a la investigación, el tratamiento o el diagnóstico efectuados sobre el genoma de una persona, así como el derecho de cada persona a decidir si debe recibir o no información pertinente a los resultados de sus estudio genético. En la Declaración de Madrid se insiste en el hecho de que dado el incremento en el ritmo de la investigación sobre las bases genéticas de las enfermedades mentales, así como la participación cada vez mayor de pacientes psiquiátricos y sus familias en proyectos de investigación genética, los psiquiatras tienen la obligación ética de seguir las normas de la buena práctica evitando los riesgos asociados a la información provisional del paciente o sus familiares y a la interpretación errónea o incorrecta de la información genética. Por tanto, los psiquiatras deben llevar a cabo procedimientos adecuados de garantía de calidad en estas pruebas genéticas, y deben utilizar los recursos adecuados para el consejo genético.

**Ética de la psicoterapia.** Al igual que otros muchos tratamientos en medicina, la prescripción de la psicoterapia debe seguir unas normas aceptadas para la obtención del consentimiento informado antes del inicio del tratamiento y también para la actualización del mismo a lo largo del tratamiento siempre que tenga lugar una modificación significativa de los objetivos del mismo. En los casos en los que el juicio clínico, los patrones de práctica clínica establecidos a lo largo del tiempo (teniendo en cuenta los aspectos culturales y religiosos) y la evidencia científica indican la posible obtención de efectos clínicos beneficiosos mediante la combinación del tratamiento médico con la psicoterapia, esta cuestión se debe poner en conocimiento del paciente para que reciba toda la información que necesite y pueda tomar una decisión. En ningún caso debe utilizar el psicoterapeuta esta relación con el paciente para obtener ventajas personales o transgredir los límites establecidos por la relación profesional.

**Conflictos de interés con la industria.** El psiquiatra debe rechazar de manera activa la aceptación de regalos o donaciones que podrían influir de manera indebida en su labor profesional. Los psiquiatras que realizan ensayos clínicos están obligados a poner en conocimiento del Comité de Revisión Ética y de los participantes en el estudio de investigación sus posibles relaciones económicas y contractuales con el patrocinador del estudio. Los psiquiatras que realizan ensayos clínicos deben garantizar que sus pacientes comprenden todos los aspectos que figuran recogidos en el formulario del consentimiento informado.

**Conflictos de interés con las compañías de seguros.** Los psiquiatras se deben oponer a las prácticas de tipo discriminatorio que limitan los beneficios y derechos de los pacientes con trastornos mentales, que reducen la igualdad y el alcance del tratamiento o que limitan el acceso de estos pacientes a la medicación adecuada. La independencia profesional para la aplicación de las pautas más adecuadas al ejercicio de la práctica psiquiátrica y la madurez clínica para defender el bienestar del paciente deben ser las consideraciones principales para el psiquiatra.

**Violación de los límites clínicos y de la confianza entre los psiquiatras y los pacientes.** La relación psiquiatra-paciente puede ser la única relación que permite una exploración del ámbito personal y emocional profundo, según lo consentido por el paciente. Dentro de esta relación, el respeto del psiquiatra por las cualidades humanas y por la dignidad del paciente establece el fundamento de la confianza que constituye un componente esencial del plan terapéutico global. Esta relación anima al paciente a explorar en profundidad sus virtudes y defectos, sus temores y sus deseos, que en muchos casos están relacionados con la sexualidad. El conocimiento de estas características del paciente coloca al psiquiatra en una posición de ventaja respecto al

propio paciente que es permitida por éste sobre una expectativa de confianza y de respeto. Con independencia del posible consentimiento otorgado por el paciente, aprovecharse de este conocimiento mediante la manipulación de los temores y deseos sexuales del paciente con objeto de conseguir un acercamiento sexual al mismo representa una violación de la confianza. En la relación terapéutica, el consentimiento otorgado por el paciente se considera viciado debido al conocimiento que el psiquiatra tiene del propio paciente y debido a la diferencia de poder que existe entre ambos y que hace que el psiquiatra aparezca revestido por una autoridad especial frente al paciente. El consentimiento obtenido en estas circunstancias equivale a una explotación del paciente. La dinámica sexual latente que es inherente a cualquier forma de relación se puede manifestar en el curso de la propia relación terapéutica y, en caso de que no sea manejada adecuadamente por el terapeuta, puede causar angustia en el paciente. Esta situación de angustia es más pronunciada cuando el terapeuta lleva a cabo una conversación de carácter seductor y realiza comportamientos no verbales inadecuados. Por tanto, en ninguna circunstancia debe tener el psiquiatra ninguna forma de comportamiento sexual con el paciente, con independencia de si este comportamiento es iniciado por el paciente o por el terapeuta.

## APLICACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE MADRID

La Declaración de Madrid ha sido traducida a numerosas lenguas y recoge los principios y códigos éticos a través de los que se deben conducir todas las sociedades miembro de la WPA.

En 1998, la WPA efectuó una encuesta entre sus sociedades miembro para evaluar la relevancia de la Declaración de Madrid respecto a la promoción de los principios éticos en la práctica de la psiquiatría. La encuesta fue repetida de nuevo en 2001, con demostración de un incremento en la aplicación de los principios contenidos en la Declaración. El 1998, el 65 % de las sociedades miembro consideraba que se había cumplido el objetivo estatutario de la WPA relativo a la promoción de los estándares críticos de mayor nivel en la psiquiatría. Esta cifra aumentó hasta el 76 % en la encuesta de 2001. En 1998, el 73 % de las sociedades miembro consideró que la Declaración era buena o excelente. Este porcentaje aumentó hasta aproximadamente el 77 % en 2001. En un periodo de 3 años, el porcentaje de sociedades que contaba con un Comité de Ética se incrementó desde un 47 % hasta un 57,6 %.

En la actualidad, casi todas las sociedades miembro de la WPA (123) han adoptado la Declaración de Madrid. La aceptación explícita de los principios contenidos en esta Declaración es un requisito imprescindible para la pertenencia de nuevas sociedades a la WPA.

*World Psychiatry 2003; 2: 65-67*

## Bibliografía

1. World Psychiatric Association. Declaration of Hawaii. WPA General Assembly, Hawaii, 1977.
2. Helmchen H, Okasha A. From the Hawaii Declaration to the Declaration of Madrid. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:20-3.
3. United Nations. Principles for policy in mental health. UN General Assembly, December 17, 1991.
4. World Psychiatric Association. Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice. WPA General Assembly, Madrid, 1996.
5. UNESCO. The Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights: from theory to practice. UNESCO's General Conference, 1999.

# El trastorno bipolar y la esquizofrenia: ¿parientes no tan lejanos?

WADE BERRETTINI

Department of Psychiatry, University of Pennsylvania, 415 Curie Blvd., Philadelphia, PA 19104, USA

*El trastorno bipolar (TBP) y la esquizofrenia (EF) pueden compartir algunos genes de susceptibilidad, a pesar del hecho de que la nosología actual considera a ambas entidades en categorías que no presentan solapamiento. La evidencia obtenida respecto a los factores genéticos compartidos procede de estudios familiares de características epidemiológicas, y la coincidencia entre ambos procesos se ha confirmado en estudios de relación genética. La revisión de estos datos indica que existen cinco regiones genómicas que pueden representar una susceptibilidad genética compartida frente al TBP y frente a la EF. A medida que se identifiquen los genes subyacentes a estas relaciones genéticas confirmadas, será posible modificar la nosología actual para que refleje los nuevos conocimientos relativos a la etiología compartida entre el TBP y la EF.*

**Palabras clave:** trastorno bipolar, esquizofrenia, relación genética

En este artículo se revisarán los estudios epidemiológicos familiares y moleculares de relación genética acerca del trastorno bipolar (TBP) y de la esquizofrenia (EF). El TBP y la EF comparten numerosas características epidemiológicas, en congruencia con la hipótesis de que ambos grupos de enfermedades comparten también algunos factores de riesgo. El examen de los estudios familiares y de relación genética indica que el TBP y la EF tienen en común una cierta susceptibilidad genética.

## EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO BIPOLAR Y DE LA ESQUIZOFRENIA

Cuando se utilizan criterios diagnósticos estrictos, el riesgo de padecimiento de TBP o de EF a lo largo de la vida es de aproximadamente el 1 % (1). La evidencia más reciente indica que la aplicación de criterios diagnósticos menos estrictos, especialmente en lo relativo a la hipomanía, hace que la estimación del riesgo de padecimiento del TBP a lo largo de la vida sea mucho mayor (2,3), sobre todo en lo que se refiere al subtipo TBP II que puede constituir la forma más frecuente de TBP. Ambos síndromes afectan por igual a hombres y mujeres. Aunque el TBP y la EF son frecuentes en adultos jóvenes (el comienzo de la edad suele tener lugar entre los 15 y los 25 años de edad), ambos trastornos son infrecuentes en el período prepuberal y también es poco habitual que alguna de estas enfermedades se inicie después de los 50 años de edad. Por tanto, estos grupos de trastornos muestran una distribución de edad similar. El TBP y la EF son enfermedades que duran toda la vida: una vez que se superan los umbrales diagnósticos para ambos procesos, las enfermedades se mantienen a lo largo de toda la vida. Son infrecuentes las remisiones espontáneas y permanentes en cualquiera de ambos procesos. El incremento en el riesgo de suicidio es otra característica epidemiológica compartida por el TBP y la EF.

Aunque los síntomas agudos y la evolución de la enfermedad pueden diferenciar a ambos grupos de trastornos en los casos clínicos más clásicos, no existen signos o síntomas patognómicos en los que pueda fundamentarse el clínico para establecer el diagnóstico. Los tratamientos actuales para el TBP y la EF muestran un gran solapamiento en el caso de los antipsicóticos atípicos, que representan la medicación de primera línea en el tratamiento de la EF, debido a que mejoran la sintomatología positiva y la negativa. La clozapina, que es el prototipo de antipsicótico atípico, puede dar lugar a efectos de estabilización del estado de ánimo (4-6). La olanzapina ha demostrado ser eficaz en

los pacientes con TBP, en lo relativo a la prevención de las recidivas de los cuadros de manía y de depresión (7). Estos datos indican que los antipsicóticos atípicos pueden estabilizar el estado de ánimo. Además, los antipsicóticos atípicos pueden ser útiles frente a la sintomatología depresiva en la esquizofrenia y, por tanto, reducen el riesgo de suicidio (8). Si la EF y el TBP comparten una cierta susceptibilidad genética (véase más adelante), se podría esperar que algunos de los medicamentos útiles en uno de los grupos de estos trastornos también podrían serlo en la otra categoría.

Los resultados obtenidos en los estudios sobre gemelos, familias y adoptados respecto al TBP y la EF sugieren la existencia de influencias genéticas sustanciales; las estimaciones acerca de la posibilidad de transmisión hereditaria son de aproximadamente el 50 % para la EF y de aproximadamente el 65 % para el TBP (véase la referencia 9 para la revisión de esta cuestión). Con esta evidencia de la posibilidad de transmisión hereditaria, se puede esperar que las técnicas de cartografía genética permitan la identificación de los alelos que incrementan el riesgo de TBP y de EF. Sin embargo, este proceso de identificación de los alelos de riesgo ha sido lento y difícil, al igual que ha ocurrido con otros rasgos hereditarios complejos y frecuentes (como el alcoholismo, el asma, la enfermedad cardiovascular y la diabetes). La dificultad se debe principalmente a la pequeña intensidad del efecto de los genes individuales de susceptibilidad frente al TBP y a la EF, así como a la heterogeneidad genética. La identificación mediante regiones de relación genética confirmada de los genes de susceptibilidad en la diabetes mellitus sin necesidad de tratamiento con insulina (10) y en la enfermedad intestinal inflamatoria (11,12) sugiere que es posible la identificación de los alelos de riesgo para las regiones de relación confirmada asociados a los rasgos hereditarios complejos.

## ESTUDIOS FAMILIARES EN LA ESQUIZOFRENIA Y EN EL TRASTORNO BIPOLAR

Si el TBP y la EF comparten algunos de los factores de susceptibilidad, se podría esperar que los estudios familiares pusieran en evidencia un cierto solapamiento en el riesgo respecto a entidades diagnósticas concretas. En los estudios familiares efectuados sobre la EF, se ha demostrado un aumento en el riesgo de trastornos esquizoafectivos (TEA) y de trastornos unipolares recurrentes (TUR) en familiares en primer grado de probandos de EF (13-17). Kendler y cols. (16) observaron un incremento en

el riesgo de trastorno afectivo psicótico entre los familiares de los probandos con EF.

En los familiares en primer grado de probandos con TBP, se ha observado un incremento en el riesgo de TEA y de TUR, en comparación con los familiares en primer grado de los controles (18-20). Se puede establecer una conclusión importante: los familiares de los probandos con TBP o EF muestran un aumento en el riesgo de TEA y de TUR. Un dato interesante es que no se ha demostrado un aumento en el riesgo de TBP entre los familiares en primer grado de los probandos con EF (14,16,21-23), así como tampoco un incremento del riesgo de EF entre los familiares en primer grado de los probandos con TBP (14,18,19,24-28). Los datos obtenidos en los estudios de carácter familiar son congruentes con un solapamiento parcial en la susceptibilidad frente a la EF y al TBP, dado que los familiares de los probandos con estas enfermedades muestran un incremento en el riesgo de TEA y de TUR.

## ESTUDIOS MOLECULARES

Si el TBP y la EF comparten algunos factores de susceptibilidad, se podría esperar que en los estudios de relación molecular sobre ambos trastornos fuera posible identificar algunas regiones comunes de relación genética. Para conseguir que el proceso de comparación de los estudios de relación genética efectuados sobre el TBP y la EF sea menos susceptible a los resultados falsamente positivos, esta comparación debería estar restringida a las regiones de relación genética que han sido identificadas con un nivel estadístico riguroso ( $P \leq 0,0001$ ) y confirmadas mediante dos o más estudios adicionales ( $P < 0,01$ ). Este nivel de significación estadística es necesario para limitar los resultados falsamente positivos (29). En las secciones que se recogen a continuación se exponen las cinco regiones genómicas que pueden estar implicadas en la susceptibilidad genética compartida entre el padecimiento del TBP y de la EF.

### ESTUDIOS DE RELACIÓN MOLECULAR ENTRE LA ESQUIZOFRENIA Y EL TRASTORNO BIPOLAR: 18p11.2

Berrettini y cols. (30,31) y Detera-Wadleigh y cols. (32) obtuvieron pruebas de la existencia de un locus de susceptibilidad para el TBP localizado en 18p11, mediante el uso de los métodos de las parejas de hermanos afectados (PHA) y del miembro afectado del grupo familiar (MAF) ( $P = 10^{-4}$ - $10^{-6}$ ). Stine y cols. (33), Nothen y cols. (34), Bennett y cols. (35) y Turecki y cols. (36) obtuvieron evidencias independientes ( $0,01 \leq P \leq 0,0001$ ) para la confirmación de este hallazgo. Como parte del Genetic Analysis Workshop nº 10, se establecieron grupos de datos de relación genética en el cromosoma 18 y con respecto al TBP (incluyendo aproximadamente 1.200 muestras) para su evaluación en metanálisis (37). En un metanálisis sobre parejas de hermanos afectados ( $N = 382$  parejas de hermanos), se obtuvo un nivel de  $p = 2,8 \times 10^{-8}$  respecto al marcador D18S37 (38).

A la vista de los resultados obtenidos en estudios familiares en los que se ha sugerido un solapamiento parcial en la susceptibilidad frente al TBP y frente a la EF (véase lo ya señalado), es interesante determinar si los loci para el TBP confirmados podrían presentar solapamiento con los loci de susceptibilidad para la EF. Schwab y cols. (39) utilizaron aproximadamente veinte marcadores del cromosoma 18 en un estudio de relación genética efectuado sobre 59 árboles familiares múltiples alemanes e israelíes correspondientes a la EF, en los cuales había 24 casos de trastorno afectivo (dos de ellos con TBP). Al analizar estos datos mediante métodos paramétricos de dos puntos límite, y utilizando un modelo genérico de estado afectivo (incluyendo

los trastornos afectivos), la puntuación del límite de detección (LOD) máxima fue de 3,1 en D18S53. En un análisis no paramétrico con múltiples puntos límite, se observó una puntuación de  $P = 0,002$  en D18S53. También se obtuvo evidencia de desequilibrio de relación con EF en un microsatélite 18p11.2 (39). Los datos de Schwab y cols. (39) presentaron una positividad mayor cuando se aplicó una consideración más amplia del estado afectivo que incluía la EF, el TEA, el TUR y el TBP.

Éste ha sido el único estudio de relación genética para la EF en el que se ha identificado la región genómica 18p11. Sin embargo, en la mayor parte de los estudios de relación genética para la EF no se han incluido trastornos afectivos en el modelo de estado afectivo. Así, es posible que en la mayor parte de los estudios sobre relación genética para la EF no se hayan aplicado métodos comparables. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos por Schwab y cols. (39), es razonable considerar la región 18p11.2 como una región de susceptibilidad potencial frente al TBP y frente a la EF.

Un gen candidato para 18p11.2 que sería interesante es un gen de la inositol monofosfatasa (IMPA2), cuya proteína es una enzima operativa en la vía de señal del segundo mensajero del fosfoinositol trifosfato (40). En un estudio efectuado en Japón, la EF se asoció a polimorfismos de nucleótidos únicos (PNU) en el gen IMPA2 (40).

### ESTUDIOS DE RELACIÓN MOLECULAR ENTRE LA ESQUIZOFRENIA Y EL TRASTORNO BIPOLAR: 13q32

Una región genómica de posible solapamiento en la susceptibilidad genética frente a la EF y al TBP es 13q32. Lin y cols. (38) observaron una puntuación LOD de 2,58 ( $P =$  aproximadamente 0,001) en marcadores localizados en 13q32 (D13S122 y D13S128), en un estudio de relación genética sobre la EF. En una evaluación genómica de 54 grupos familiares con EF, Blouin y cols. (41) observaron un valor de  $P = 0,00002$  (LOD = 3,6) en el marcador D13S174 localizado en 13q32. Posteriormente, Brzustowicz y cols. (42) confirmaron estos resultados en un estudio efectuado sobre 21 familias canadienses con EF, observando una puntuación LOD máxima de 3,92 en el marcador D13S793 localizado en 13q. Así, se han publicado diversos artículos independientes que presentan, con una significación estadística sustancial, resultados congruentes con la existencia de un locus de susceptibilidad para la EF en 13q32.

Detera-Wadleigh y cols. (32) describieron la relación genética ( $P = 0,00003$ ) en marcadores 13q32 (D13S1271 y D13S779) en 22 grupos familiares con TBP de origen europeo. Es posible que estos grupos familiares estuvieran clasificados de manera errónea. Sin embargo, en los mismos se obtuvo evidencia de la relación con 18p11.2 y con 21q21 (32), que son loci confirmados de susceptibilidad para el TBP. Kelsoe y cols. (43) observaron una relación genética del TBP con marcadores 13q32, con una puntuación LOD = 2,4 en D13S154. Por tanto, en la región 13q32 –que es un locus confirmado de susceptibilidad para la EF– se han obtenido datos de la existencia de una relación genética con el TBP, con un nivel impresionante de significación estadística.

Un gen candidato prometedor localizado en esta región es G72 (44), cuya función no ha sido determinada. La proteína G72 muestra interacción con la D-aminoácido descarboxilasa. Los PNU del gen G72 están asociados a la EF (44) y al TBP (45).

### ESTUDIOS DE RELACIÓN MOLECULAR ENTRE LA ESQUIZOFRENIA Y EL TRASTORNO BIPOLAR: 22q11

El síndrome velcardiofacial (SVCF) aparece durante la niñez con manifestaciones clínicas variables que incluyen malforma-

ciones cardíacas, una cara con rasgos típicos, dificultades en el aprendizaje y psicosis (en aproximadamente el 30 % de los casos). La forma de la psicosis es afectiva según algunos expertos (46,47), mientras que otros la describen como de tipo esquizofrenia (48). El SVCF se debe a microdeleciones en 22q11. Aunque aún no se han determinado los límites precisos de la región crítica, la mayor parte de las deleciones tienen un tamaño de aproximadamente 3 Mb. Según los fundamentos establecidos en un estudio preliminar realizado por Pulver y cols. (49), en una iniciativa multicéntrica de gran envergadura llevada a cabo para la confirmación de la existencia de un locus de susceptibilidad frente a la EF en esta región, se obtuvo evidencia de relación genética en D22S278 (50).

Lachman y cols. (51) fueron los primeros en obtener evidencia de una relación genética para el TBP en la región SVCF. Posteriormente, se obtuvo una evidencia débilmente positiva en los estudios de Detera-Wadleigh y cols. (32) y de Edenberg y cols. (52). Kelsoe y cols. (43) observaron una puntuación LOD de 3,8 en D22S278, mientras que en este mismo locus microsatélite, Majaheed y cols. (53) obtuvieron evidencia de un desequilibrio de relación genética en grupos familiares de origen árabe-palestino con TBP. Por tanto, esta región 22q11 puede ser un locus de susceptibilidad para la EF y para el TBP.

Se han descrito varios genes candidatos prometedores para 22q11 que explicarían los resultados de relación genética de 22q11 en el TBP y la EF. Las variantes de la prolina deshidrogenasa (PRODH2) muestran un desequilibrio de relación con la EF en algunos grupos de población (54). Un segundo gen candidato es el de un receptor cinasa acoplado de la proteína G (GRK3), que aparece en grandes cantidades en el cerebro de la rata sometida a exposición crónica a anfetaminas (55). Un tercer gen candidato promotor es el de la catecol-O-metiltransferasa (COMT), que se ha asociado a alteraciones cognitivas en la EF (56) y también al diagnóstico de EF (57).

## ESTUDIOS DE RELACIÓN MOLECULAR ENTRE LA ESQUIZOFRENIA Y EL TRASTORNO BIPOLAR: 8p22

Se han efectuado varios estudios de cartografía en los que la susceptibilidad frente a la EF se ha localizado en 8p22-24. En un conjunto de 54 grupos familiares ampliados con EF, Blouin y cols. (41) obtuvieron evidencia de la presencia de un locus para la EF en 8p22: la puntuación LOD de heterogeneidad fue de 4,5 y en el análisis no paramétrico se obtuvo un valor de  $P = 0,0001$ . Brzustowicz y cols. (42) estudiaron 21 grupos familiares ampliados de origen canadiense con EF mediante el uso de marcadores 8p y observaron una puntuación LOD máxima con puntos límite múltiples de 2,1 en D8S136. Levinson y cols. (58) efectuaron un estudio multicéntrico cooperativo en el que se obtuvieron resultados independientes (que no incluyeron los obtenidos en los grupos familiares de Blouin y cols. [41]), con una puntuación de  $P = 0,00018$  en esta misma región 8p22. Gurling y cols. (59) llevaron a cabo un estudio sobre trece grupos familiares ampliados de origen europeo con EF y obtuvieron una puntuación LOD de 3,6 para los marcadores 8p22. Así, los resultados obtenidos en estos estudios son una confirmación de la relación genética con la EF.

Recientemente, Stefansson y cols. (60) obtuvieron evidencia en estudios efectuados sobre ratón y sobre personas de que la neuregulina 1 (NRG1) es un gen en 8p de susceptibilidad frente a la EF. Estos investigadores demostraron un desequilibrio de relación genética con los haplotipos NRG1 en pacientes de origen islandés con EF. Este hecho ha sido confirmado en un grupo familiar escocés con EF (61).

Recientemente también, Ophoff y cols. (62) describieron una señal de desequilibrio de relación genética en 8p22, en personas

con TBP que eran familiares lejanos y que procedían de un grupo de población aislado de Central Valley en Costa Rica. Se observó un solapamiento mayor del esperado de un haplotipo con tres marcadores de cinco cM en D8S503. El nivel de significación detectado fue de 0,000057. Por tanto, en esta región se ha cartografiado la susceptibilidad frente al TBP con un nivel estadístico impresionante.

## ESTUDIOS DE RELACIÓN MOLECULAR ENTRE LA ESQUIZOFRENIA Y EL TRASTORNO BIPOLAR: 10p14

En 10p14 se ha localizado una quinta región de susceptibilidad potencial frente a TBP/EF. Faraone y cols. (63), Straub y cols. (64) y Schwab y cols. (65) obtuvieron evidencia de relación genética de la EF con marcadores 10p14. Faraone y cols. (63) observaron un valor de  $P = 0,0004$  para el marcador de D10S1423 y de  $P = 0,0006$  para el marcador de D10S582, en un estudio efectuado sobre 43 grupos familiares norteamericanos de origen europeo con EF. Straub y cols. (64) realizaron un estudio sobre grupos familiares con EF de origen irlandés y observaron un valor de  $P = 0,006$  para esta región en un análisis con múltiples puntos. Respecto al marcador D10S582, Schwab y cols. (65) obtuvieron un valor de  $P = 0,0058$  en grupos familiares de origen alemán con EF. Estos tres equipos de investigadores evaluaron grupos familiares independientes cuyo origen general era europeo.

Foroud y cols. (66) estudiaron a 63 grupos familiares con TBP en el contexto de la National Institute of Mental Health. Observaron una puntuación LOD = 2,5 ( $P = 0,001$ ) para el marcador D10S1423. Así, la región 10p14 puede representar otra región genómica en la que hay una susceptibilidad compartida para el TBP y la EF.

## METANÁLISIS

Badner y Gershon (67) analizaron complementos genómicos completos respecto al TBP y a la EF. Detectaron 11 complementos genómicos para el TBP (aproximadamente, 1.250 personas afectadas) y 18 complementos genómicos para la EF (aproximadamente, 1.900 personas afectadas). Las regiones genómicas más prometedoras para el TBP fueron 13q32 y 22q11, mientras que las más prometedoras respecto a la EF fueron 8p24, 13q32 y 22q11. Todas estas regiones se han relocalizado con la susceptibilidad compartida frente al TBP y a la EF, tal como ya se ha señalado.

Levinson y cols. (69) efectuaron un metanálisis de tipo suma de rangos (68) respecto a los datos de relación genética frente a la EF. Su conclusión fue que las regiones más prometedoras para la EF eran la 8p y la 22q.

## CONCLUSIONES

Los estudios familiares y de relación genética han dado lugar a resultados que apoyan el concepto de que la EF y el TBP comparten una cierta susceptibilidad genética. Múltiples regiones del genoma (como 18p11, 13q32, 22q11, 10p14 y 8p22) representan áreas con posible solapamiento de susceptibilidad genética frente al TBP y a la EF. A medida que se identifiquen los genes de susceptibilidad existentes en estas regiones, mediante la aplicación de métodos de cartografía de desequilibrio de relación en muestras de gran tamaño, será necesario desarrollar una nosología nueva y de base genética en la que pueda representarse con precisión este tipo de solapamiento.

*World Psychiatry 2003; 2: 68-72*

## Bibliografia

1. Nurnberger JL Jr, Berrettini WH. Psychiatric genetics. London: Chapman and Hall, 1998.
2. Angst J, Gamma A, Benazzi F et al. Toward a re-definition of sub-threshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord* 2003;73:133-46.
3. Akiskal HS. Validating 'hard' and 'soft' phenotypes within the bipolar spectrum: continuity or discontinuity? *J Affect Disord* 2003;73:1-5.
4. Zarate CA, Tohen M, Banov MD et al. Is clozapine a mood stabilizer? *J Clin Psychiatry* 1999;60(Suppl. 12):43-6.
5. Suppes T, Webb A, Paul B et al. Clinical outcome in a randomized 1-year trial of clozapine versus treatment as usual for patients with treatment-resistant illness and a history of mania. *Am J Psychiatry* 1999;156:1164-9.
6. Ciapparelli A, Dell'Osso L, Pini S et al. Clozapine for treatment-refractory schizophrenia, schizoaffective disorder and psychotic bipolar disorder: a 24-month naturalistic study. *J Clin Psychiatry* 2000;61:329-34.
7. Tohen M. Personal communication, 2003.
8. Meltzer HY, Alphas L, Green AI et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:82-91.
9. Berrettini WH. Bipolar disorders: review of molecular genetic studies. In: Davis KL, Charney D, Coyle JT et al (eds). *Neuropsychopharmacology, the fifth generation of progress*. Philadelphia: Lippincott, 2002:1027-38.
10. Horikawa Y, Oda N, Cox NJ et al. Genetic variation in the gene encoding calpain-10 is associated with type 2 diabetes mellitus. *Nature Genet* 2000;26:163-75.
11. Hugot JP, Chamaillard M, Zouali H et al. Association of NOD2 leucine-rich repeat variants with susceptibility to Crohn's disease. *Nature* 2001;411:599-603.
12. Rioux JD, Daly MJ, Silverberg MS et al. Genetic variation in the 5q31 cytokine gene cluster confers susceptibility in Crohn's disease. *Nature Genet* 2001;29:223-8.
13. Gershon ES, DeLisi LE, Hamovit J et al. A controlled family study of chronic psychoses. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:328-36.
14. Maier W, Lichtermann D, Minges J et al. Continuity and discontinuity of affective disorders and schizophrenia. Results of a controlled family study. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:871-83.
15. Maier W, Lichtermann D, Franke P et al. The dichotomy of schizophrenia and affective disorders in extended pedigrees. *Schizophr Res* 2002;57:259-66.
16. Kendler KS, McGuire M, Gruenberg AM et al. The Roscommon Family Study. IV. Affective illness, anxiety disorders, and alcoholism in relatives. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:952-60.
17. Somnath CP, Reddy YCJ, Jain S. Is there a familial overlap between schizophrenia and bipolar disorder? *J Affect Disord* 2002;72:243-7.
18. Gershon ES, Hamovit J, Guroff JJ et al. A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar, and normal control probands. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:1157-67.
19. Weissman MM, Gershon ES, Kidd KK et al. Psychiatric disorders in the relatives of probands with affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:13-21.
20. Winokur G, Tsuang MT, Crowe RR. The Iowa 500: affective disorder in relatives of manic and depressed patients. *Am J Psychiatry* 1982;139:209-12.
21. Baron M, Gruen D, Ranier JD et al. A family study of schizophrenia and normal control probands: implications for the spectrum concept of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1985;142:447-55.
22. Coryell W, Zimmerman M. The heritability of schizophrenia and schizoaffective disorder: a family study. *Arch Gen Psychiatry* 1988;42:770-9.
23. Maj M, Starace F, Pirozzi R. A family study of DSM-III-R schizoaffective disorder, depressive type, compared with schizophrenia and psychotic and non-psychotic depression. *Am J Psychiatry* 1991;148:612-6.
24. Baron M, Gruen R, Asnis L et al. Schizoaffective illness, schizophrenia and affective disorders: morbidity risk and genetic transmission. *Acta Psychiatr Scand* 1983;65:253-62.
25. Winokur G, Coryell W, Keller M et al. A family study of manic-depressive (bipolar I) disease. Is it a distinct illness separable from primary unipolar depression? *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:367-73.
26. Helzer JE, Winokur G. A family interview study of male manic-depressives. *Arch Gen Psychiatry* 1974;31:73-7.
27. James NM, Chapman CJ. A genetic study of bipolar affective disorder. *Br J Psychiatry* 1975;126:449-56.
28. Johnson GFS, Leeman MM. Analysis of familial factors in bipolar affective illness. *Arch Gen Psychiatry* 1977;34:1074-83.
29. Lander E, Kruglyak L. Genetic dissection of complex traits: guidelines for interpreting and reporting linkage results. *Nature Genet* 1995;11:241-7.
30. Berrettini W, Ferraro T, Goldin L et al. Chromosome 18 DNA markers and manic depressive illness: evidence for a susceptibility gene. *Proc Natl Acad Sci USA* 1994;91:5918-21.
31. Berrettini W, Ferraro T, Choi H et al. Linkage studies of bipolar illness. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:32-9.
32. Detera-Wadleigh SD, Badner JA, Berrettini WH et al. Evidence for a bipolar susceptibility locus on 13q32 and other potential loci on 1q32 and 18p11.2. *Proc Natl Acad Sci USA* 1999;96:5604-9.
33. Stine OC, Xu J, Koskela R et al. Evidence for linkage of bipolar disorder to chromosome 18 with a parent-of-origin effect. *Am J Hum Genet* 1995;57:1384-94.
34. Nothen MM, Cichon S, Rohleder H et al. Evaluation of linkage of bipolar affective disorder to chromosome 18 in a sample of 57 German families. *Mol Psychiatry* 1999;4:76.
35. Bennett P, Segurado R, Jones I et al. The Wellcome trust UK-Irish bipolar affective disorder sibling pair genome screen: first stage report. *Mol Psychiatry* 2002;7:189-200.
36. Turecki G, Grof P, Cavazzoni P et al. Lithium responsive bipolar disorder, unilinearity and chromosome 18: a linkage study. *Am J Med Genet* 1999;88:411-5.
37. Goldin LR, Gershon ES, Berrettini WH et al. Description of the Genetic Analysis Workshop 10 bipolar disorder linkage data sets. *Genet Epidemiol* 1997;14:563-8.
38. Lin JP, Bale SJ. Parental transmission and D18S37 allele sharing in bipolar affective disorder. *Genet Epidemiol* 1997;14:665-8.
39. Schwab SG, Hallmayer J, Lerer B et al. Support for a chromosome 18p locus conferring susceptibility to functional psychoses in families with schizophrenia, by association and linkage analysis. *Am J Hum Genet* 1998;63:1139.
40. Yoshikawa T, Kikuchi M, Saito K et al. Evidence for association of the myo-inositol monophosphatase 2 (IMPA2) gene with schizophrenia in Japanese samples. *Mol Psychiatry* 2001;6:202-10.
41. Blouin J-L, Dombrosky B, Nath SK et al. Schizophrenia susceptibility loci on chromosomes 13q32 and 8p21. *Nature Genet* 1998;20:70.
42. Brzustowicz LM, Honer WG, Chow EWC et al. Linkage of familial schizophrenia to chromosome 13q32. *Am J Hum Genet* 1999;65:1096-103.
43. Kelsoe JR, Spence MA, Loetscher E et al. A genome survey indicates a susceptibility locus for bipolar disorder on chromosome 22. *Proc Natl Acad Sci USA* 2001;98:585-90.
44. Chumakov I, Blumenfeld M, Guerassimenco O et al. Genetic and physiological data implicating the new human gene G72 and the gene for D-amino acid oxidase in schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci USA* 2002;99:13675-80.
45. Hattori E, Liu C, Badner JA et al. Polymorphisms at the G72/G30 gene locus on 13q33 are associated with bipolar disorder in two independent pedigree series. Submitted for publication.

46. Papolos DF, Faedda GL, Veit S et al. Bipolar spectrum disorders in patients diagnosed with VCFS: does a homozygous deletion of chromosome 22q11 result in bipolar affective disorder? *Am J Psychiatry* 1996;153:1541-7.
47. Carlson C, Papolos D, Pandita RK et al. Molecular analysis of VCFS patients with psychiatric disorders. *Am J Med Genet* 1997;60:851-9.
48. Pulver AE, Karayiorgou M, Wolynec PS et al. Sequential strategy to identify a susceptibility gene for schizophrenia: report of potential linkage on chromosome 22q12-q13.1: part 1. *Am J Med Genet* 1994;54:36-43.
49. Pulver AE, Nestadt G, Goldberg RS et al. Psychotic illness in patients diagnosed with velo-cardio-facial syndrome and their relatives. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:476-8.
50. Gill M, Vallada H, Collier D et al. A combined analysis of D22S278 marker alleles in affected sib-pairs: support for a susceptibility locus for schizophrenia at chromosome 22q12. *Am J Med Genet* 1996;67:40-5.
51. Lachman HM, Kelsoe JR, Remick RA et al. Linkage studies support a possible locus for bipolar disorder in the velocardiofacial syndrome region on chromosome 22. *Am J Med Genet* 1996;74:121-8.
52. Edenberg H, Foroud T, Conneally M et al. Initial genomic scan of the NIMH genetics initiative bipolar pedigrees: chromosomes 3,5,15,16,17, and 22. *Neuropsychiatr Genet* 1997;74:238-46.
53. Majaheed M, Corbex M, Lichtenberg P et al. Evidence for linkage by transmission disequilibrium test analysis of a chromosome 22 microsatellite marker D22S278 and bipolar disorder in a Palestinian Arab population. *Am J Med Genet* 2000;96:836-8.
54. Liu H, Abecasis GR, Heath SC et al. Genetic variation in the 2q11 locus and susceptibility to schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci USA* 2002;99:16859-64.
55. Niculescu AB III, Segal DS, Kuczenski R et al. Identifying a series of candidate genes for mania and psychosis: a convergent functional genomics approach. *Physiol Genomics* 2000;4:83-91.
56. Egan MF, Goldberg TE, Kolachana BS et al. Effect of COMT Val108/158 Met genotype on frontal lobe function and risk for schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci USA* 2001;98:6917-22.
57. Shifman S, Bronstein M, Sternfeld M et al. A highly significant association between a COMT haplotype and schizophrenia. *Am J Hum Genet* 2002;71:1296-302.
58. Levinson DF and the Schizophrenia Linkage Collaborative Group. Additional support for schizophrenia linkage for chromosomes 6 and 8. A multicenter study. *Am J Med Genet* 1996;67:580-94.
59. Gurling HMD, Kalsi G, Blaveri E et al. Initial genome wide parametric genetic linkage analysis of schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders finds LOD scores above 3.00 on four chromosomes at 1q22-23, 5q22-35, 8p21-23 and 11q14-24. *Mol Psychiatry* 1999;4(Suppl.):S4.
60. Stefansson H, Sigurdsson E, Steinthorsdottir V et al. Neuregulin 1 and susceptibility to schizophrenia. *Am J Hum Genet* 2002;71:877-92.
61. Stefansson H, Sarginson J, Kong A et al. Association of neuregulin 1 with schizophrenia confirmed in a Scottish population. *Am J Hum Genet* 2003;72:83-7.
62. Ophoff RA, Escamilla MA, Service SK et al. Genomewide linkage disequilibrium mapping of severe bipolar disorder in a population isolate. *Am J Hum Genet* 2002;71:565-74.
63. Faraone SV, Matise T, Svrakic D et al. Genome scan of European-American schizophrenia kindreds: results of the NIMH Genetics Initiative and Millennium consortium. *Am J Med Genet* 1998;81:290-5.
64. Straub RE, Jiang Y, MacLean CJ et al. Genetic variation in the 6p22.3 gene DTNBP1, the human ortholog of the mouse dysbindin gene, is associated with schizophrenia. *Am J Hum Genet* 2002;71:337-48.
65. Schwab SG, Hallmayer J, Albus M et al. A genome-wide autosomal screen for schizophrenia susceptibility loci in 71 families with affected siblings: support for loci on chromosome 10p and 6. *Mol Psychiatry* 2000;5:638-49.
66. Foroud T, Castelluccio PF, Keller DL et al. Suggestive evidence of a locus on chromosome 10p using the NIMH Genetics Initiative bipolar affective disorders pedigrees. *Am J Med Genet* 2000;96:18-23.
67. Badner J, Gershon ES. Meta-analysis of whole-genome linkage scans of bipolar disorder and schizophrenia. *Mol Psychiatry* 2002;7:405-11.
68. Lewis CM, Wise LH, Levinson DF. Meta-analyses of genome searches: methods. *Am J Med Genet* 2002;114:700.
69. Levinson DF, Lewis CM, Wise LH et al. Meta-analysis of genome scans for schizophrenia. *Am J Med Genet* 2002;114:700-1.

# El psicoanálisis hoy en día

PETER FONAGY

Psychoanalysis Unit, Sub-Department of Clinical Health Psychology, University College of London, 1-19 Torrington Place, London WC1E 7HB, UK

*En este artículo se expone la precaria posición del psicoanálisis, un abordaje terapéutico que históricamente se ha definido a sí mismo por su ausencia de elementos de restricción y por la consideración de la duración del tratamiento no en términos de número de sesiones sino en términos de años, en una época como la actual dominada por tratamientos validados de manera empírica y por intervenciones terapéuticas estructuradas breves. Se revisa la evidencia existente respecto a la efectividad del psicoanálisis como tratamiento de los trastornos psicológicos. La base de evidencia es significativa y sigue creciendo, aunque el psicoanálisis todavía no ha alcanzado los criterios de un tratamiento con fundamento empírico. El autor de esta revisión señala que la ausencia de evidencia puede indicar la existencia de dificultades epistemológicas a las que se debe enfrentar el psicoanálisis en el contexto de la psiquiatría del siglo XXI, y efectúa una evaluación de algunos de los problemas filosóficos a los que también se debe enfrentar el psicoanálisis como modelo mental. Finalmente, el autor sugiere algunas modificaciones necesarias para garantizar un futuro al psicoanálisis y a los tratamientos psicoanalíticos dentro de la psiquiatría.*

**Palabras clave:** psicoanálisis, tratamiento psicodinámico, psicoterapia, teoría psicoanalítica, tratamientos validados empíricamente, revisión

El psicoanálisis hoy en día se encuentra bajo amenaza. ¿Qué esperanza puede haber, en una época de tratamientos validados empíricamente (1) y en la que predominan las intervenciones estructuradas breves, para un enfoque terapéutico que se define a sí mismo como libre de factores de restricción y de prejuicios (2), y que considera la duración del tratamiento no en términos de número de sesiones sino en términos de años? ¿Es posible que el psicoanálisis pueda demostrar alguna vez su efectividad, e incluso su rentabilidad? Después de todo, ¿no es el psicoanálisis una forma de tratamiento cualitativamente diferente que requiere un tipo de valoración cualitativamente distinta para reflejar las variaciones en sus resultados? La modificación de los síntomas como indicador único del efecto beneficioso terapéutico se debe considerar de hecho como una medida deficiente respecto a los complejos procesos interpersonales que tienen lugar a lo largo de los muchos cientos de sesiones terapéuticas de que consta un tratamiento psicoanalítico medio de 3-5 sesiones semanales. La mayor parte de los psicoanalistas son escépticos acerca del resultado de las investigaciones.

De manera sorprendente, teniendo en cuenta este contexto poco propicio, existen algunas pruebas indicativas de la efectividad del psicoanálisis como tratamiento de los trastornos psicológicos. La evidencia en relación con los resultados psicoanalíticos ha sido revisada recientemente por Gabbard y cols. (3), que han ofrecido sugerencias para enriquecer este tipo de bibliografía mediante estudios progresivos de seguimiento de factores naturales. Sin embargo, la ausencia de evidencia es sólo una parte del problema. En efecto, puede ser sintomática de las dificultades científicas a las que se enfrenta el psicoanálisis en el siglo XXI. En esta revisión, se evaluará la evidencia relativa a los tratamientos psicoanalíticos y se examinarán con mayor detalle los problemas a los que se enfrenta el psicoanálisis como modelo de ideas más que como forma de tratamiento.

## OBTENCIÓN DE DATOS Y PSICOANÁLISIS

Los psicoanalistas que siguen las pautas del fundador de la disciplina aprecian en gran medida cualquier forma de descubrimiento. Esta actitud ha dado lugar a una abundancia de ideas psicoanalíticas. Sin embargo, esta gran abundancia de conceptos con raíz clínica está empezando a amenazar a toda la concepción clínica del psicoanálisis (4). La gran cantidad de estrategias y técnicas clínicas que son incompatibles entre sí origina problemas casi insoportables en la transmisión del conocimiento

y la aptitud psicoanalítica (5). Tristemente, este mismo problema da lugar a una resistencia frente a la sistematización del conocimiento psicoanalítico debido a que los especialistas cuyo marco de referencia depende de la ambigüedad y de las formas de enfoque múltiples pueden sentirse amenazados por la sistematización del razonamiento clínico. El origen del problema de la diversidad teórica se sitúa en los métodos psicoanalíticos de obtención de datos. Como es bien sabido, los datos no constituyen una acumulación de información anecdótica. La práctica psicoanalítica presenta limitaciones profundas como forma de investigación. La teoría psicoanalítica impide la posibilidad de que los psicoanalistas puedan ser observadores adecuados de su propio trabajo clínico. El descubrimiento de la gran intensidad de la contratransferencia ha desacreditado totalmente el modelo de investigación clínica propuesto por Freud. En ausencia de una tradición genuina de investigación, las disciplinas académicas se distancian apropiadamente del estudio psicoanalítico de manera parecida a la actitud que mantienen respecto al amarillismo en la prensa.

Los progresos que se han efectuado en las disciplinas relacionadas con la mente han sido sustanciales. La exclusión de la información obtenida a través de estas disciplinas constituye una estrategia de riesgo alto en una época en la que la colaboración interdisciplinaria se percibe como la fuerza de avance imprescindible para la adquisición de conocimientos. La ciencia moderna es casi exclusivamente interdisciplinaria. Muchas de las universidades más importantes han sido reestructuradas para facilitar el trabajo interdisciplinario. Lo que se considera más adecuado en este momento es la eliminación de las disciplinas basadas en departamentos y la reconfiguración de los centros médicos para facilitar el agrupamiento interdisciplinario en aspectos de investigación (el agrupamiento de los científicos que tienen problemas similares, con independencia de su disciplina de origen). Es probable que muchas cuestiones básicas que el psicoanálisis no ha sido capaz de responder, como la determinación del mecanismo a través del cual se puede obtener la curación con el tratamiento psicológico, sólo van a ser resueltas por la investigación interdisciplinaria (neurocientífica).

Los avances que se han efectuado durante los 30 últimos años en todas las neurociencias han eliminado las razones que existían en épocas anteriores para impedir que el psicoanálisis formara parte de este campo (6). En el momento presente, los neurocientíficos ya no están preocupados sólo por los cuadros de discapacidad cognitiva o por los denominados trastornos

orgánicos (7,8). Las revisiones más recientes del trabajo neurocientífico confirman muchas de las observaciones originales de Freud; en estudios de laboratorio se ha obtenido la confirmación no sólo de la influencia intensa de los procesos inconscientes sino de la función de organización de las emociones para la elaboración del pensamiento (9,10). Si Freud estuviera vivo hoy, estaría enormemente interesado por los nuevos conocimientos sobre el funcionamiento cerebral, como la forma de desarrollo de las redes neurales en función de la calidad de las relaciones iniciales, la localización de las capacidades específicas mediante técnicas de imagen funcionales y los descubrimientos de la genética molecular y la genómica del comportamiento (11), y seguramente no habría abandonado su querido *Project for a Scientific Psychology* (12), es decir, el inconcluso trabajo con el que intentó desarrollar un modelo neuronal del comportamiento. La genética ha progresado de una manera especialmente rápida y los mecanismos que fundamentan y sostienen la compleja interacción gen-ambiente desmienten las suposiciones iniciales acerca de los cuadros constitucionales de discapacidad (13). De hecho, durante los 15-20 últimos años, la neurociencia ha estado francamente abierta a la información ofrecida por los especialistas con un conocimiento adecuado de los determinantes ambientales del desarrollo y la adaptación.

Es posible que las dificultades para definir con precisión los factores curativos en el tratamiento psicoanalítico estén relacionadas directamente con las limitaciones de las bases clínicas del proceder psicoanalítico. El impacto inducido por el psicoanálisis no se puede apreciar de manera completa a partir del material clínico tomado de manera aislada. La repetición de los patrones de excitación emocional en asociación con los procesos interpretativos da lugar a una elaboración y refuerzo de las estructuras de significación y de respuesta emocional. Personalmente, creo que este mecanismo puede dar lugar a efectos de gran amplitud incluso sobre el funcionamiento del cerebro y sobre la expresión del potencial genético. En varios estudios ya se ha sugerido que es posible demostrar el impacto de la psicoterapia en diversas modificaciones de la actividad cerebral mediante el uso de técnicas de imagen cerebral (14-16). En conjunto, los resultados obtenidos en estos estudios fundamentan la esperanza de que el tratamiento psicoanalítico intensivo podría influir de manera beneficiosa sobre la vulnerabilidad biológica y también sobre la psicológica. Este campo de investigación está en sus fases preliminares, pero tiene un desarrollo tan rápido que parece muy probable que muchos de los descubrimientos psicoanalíticos futuros relacionados con la mente se vayan a efectuar en conjunción y colaboración con las ciencias biológicas.

## LOS BENEFICIOS QUE EL PSICOANÁLISIS PODRÍA OBTENER A TRAVÉS DE UN DIÁLOGO INTERDISCIPLINARIO

Aunque el psicoanálisis clínico no necesita ayuda para conocer la subjetividad individual de la manera más detallada posible, cuando queremos realizar una generalización de un modelo global de la mente humana esta disciplina ya no puede existir sólo por sí misma. Para ser predecible, un modelo psicoanalítico general de la mente debe tener en cuenta los amplios conocimientos obtenidos a través de una gama importante de otras disciplinas. Esta secuencia ya está teniendo lugar, si bien de manera informal. Los psicoanalistas no pueden evitar la incorporación de los avances relativos a descubrimientos relevantes de la función mental debido a que estos avances aparecen contenidos de manera invariable en todas nuestras teorías de la mente, tanto intuitivas como de sentido común o tra-

dicionales (17,18). La psicología tradicional se desarrolla siguiendo los descubrimientos científicos. El impacto del psicoanálisis sobre las enfermedades psiquiátricas que tuvo lugar a lo largo del siglo xx es la mejor prueba de ello. Nuestra aceptación cultural de los descubrimientos de Freud ha hecho más difícil que los individuos reclamen el padecimiento de disfunciones de carácter espectacular, como la ceguera, la anestesia y la parálisis. La medicina ha avanzado hasta un punto en el que el individuo debe aceptar que la ausencia de un fundamento fisiopatológico en un cuadro concreto de disfunción corporal implica la existencia de determinantes emocionales, de manera que la función simulada del síntoma físico se pierde y cae en picado la prevalencia de cuadros como la histeria de conversión. Al igual que el conocimiento de sentido común de la medicina y la psicología influye en nuestros pacientes, también debe influir de manera inconsciente la naturaleza de las proposiciones teóricas de los psicoanalistas. Así, los «avances científicos» infiltran la teoría psicoanalítica desde la puerta trasera, representada por el preconsciente del psicoanalista.

Por el contrario, Mitchell (19) señaló que «no hay ningún experimento o serie de experimentos que puedan servir como prueba final y concluyente de algo tan complejo y elástico como la teoría psicoanalítica». En efecto, Mitchell indica que «en última instancia, es la comunidad de especialistas en psicoanálisis la que va a proporcionar la prueba definitiva en el crisol del trabajo clínico diario». Como hemos podido ver, la comunidad de especialistas ha tenido muy poco éxito para eliminar de manera definitiva las teorías, debido en parte a las definiciones laxas que se han adoptado para definir los conceptos subyacentes. Este hecho es inevitable cuando no se comprenden bien los mecanismos o procesos subyacentes a la función superficial descrita. El significado del elemento teórico debe percibirse o intuirse. En el psicoanálisis, la comunicación (en artículos o mediante el discurso clínico) tiene lugar en términos de su impacto sobre la persona que la recibe. Tal como señala Phillips (20) (siguiendo a Emerson), en la escritura psicoanalítica se intenta «hacer que el lector vuelva a sus propios pensamientos cualquiera que sean éstos, con objeto de evocar mediante la provocación. De esta manera, el detalle no es esencial. No hay ningún nivel de 'evidencia' o de investigación que pueda convencer a una persona triste de que una broma es muy alegre». En psicoanálisis, aceptamos que algo ha sido comprendido cuando el discurso acerca de ello es provocador. La fugacidad y la ambigüedad no sólo son permisibles sino que pueden desempeñar un papel clave para definir de manera precisa la complejidad de la experiencia humana. Es aquí, en la especificación de los mecanismos mentales cuyos efectos describen los escritos psicoanalíticos y a cuya naturaleza aluden, donde la investigación sistemática a través de métodos psicoanalíticos y de métodos procedentes de otras disciplinas puede ofrecer una enorme utilidad. Gill (21), en su exposición de la posible validación de los conceptos psicoanalíticos, adoptó un abordaje similar y sugirió que Mitchell había estimado de manera insuficiente la contribución potencial de la investigación sistemática (no necesariamente experimental) a la situación psicoanalítica.

Lo ya señalado no representa un intento de sugerir que los conceptos psicoanalíticos pueden ser «comprobados» o «validados» por los métodos utilizados en otras ramas de la ciencia. Más que ello, sugiere que es posible utilizar la observación sistemática para investigar los procesos psicológicos subyacentes a los fenómenos clínicos, para cuya aproximación utilizan los psicoanalistas en la actualidad el lenguaje metafórico de la metapsicología. La investigación interdisciplinaria no puede comprobar la teoría psicoanalítica y no puede demostrar que las ideas psicoanalíticas concretas son verdaderas o falsas. Lo que sí puede hacer es determinar cuáles son los me-

canismos mentales que son operativos en la generación de los fenómenos que describe la bibliografía psicoanalítica. Es en este punto, en la especificación de los mecanismos mentales cuyos efectos son descritos por la bibliografía psicoanalítica y a cuya naturaleza aluden, en el que puede ser útil la investigación sistemática mediante métodos psicoanalíticos y mediante métodos procedentes de otras disciplinas. A su vez, esta secuencia puede ayudar a sistematizar la base de conocimiento del psicoanálisis de manera que sea cada vez más fácil su interrelación con las nuevas ciencias de la mente. No sólo será posible que los psicoanalistas puedan demostrar con mayor facilidad el efecto beneficioso de sus tratamientos, sino que van a tener nuevas posibilidades de comunicación con otros científicos en relación con sus descubrimientos. Es a este grupo de oportunidades al que nos vamos a referir a continuación. La integración de las ideas psicoanalíticas con la ciencia moderna no va a suscitar probablemente un interés en los investigadores de otras disciplinas a menos que el psicoanálisis pueda contribuir realmente a la obtención o conocimiento de los datos relativos a estas disciplinas. Para que el psicoanálisis pueda ser tomado en serio como estudio científico de la mente, debe abordarse en estudios sistemáticos de laboratorio, en encuestas epidemiológicas y en la exploración cualitativa de las ciencias sociales.

Por supuesto, los métodos para este tipo de investigación sistemática están todavía en sus fases preliminares. La validación de una teoría representa un reto formidable. Incluso los conceptos que aparentemente son fáciles de contemplar desde un punto de vista operativo, como los mecanismos de defensa, casi nunca han sido formulados con el tipo de precisión que requieren los estudios de investigación. Sin embargo, las investigaciones extraclínicas pueden ser útiles para reducir el ámbito teórico; por ejemplo, nuestros conocimientos cada vez mayores de las capacidades reales de los lactantes nos pueden permitir limitar la especulación relativa al impacto de la edad infantil sobre la función adulta. No es muy probable que los procesos proyectivos de la infancia vayan a actuar en la manera adultomorfa descrita por Bion (22-24) y por Klein (25-27), pero esto no quiere decir que en estas descripciones no se contengan verdades importantes acerca de la función mental del adulto, sino simplemente que el término de «infancia» se ha utilizado de manera metafórica en estas consideraciones teóricas de los procesos mentales. Por ejemplo, la evidencia obtenida en la investigación sobre lactantes ha proporcionado una prueba sólida del concepto de contención de Bion. En este concepto se utiliza la noción más fácilmente operativa de «reflejo en espejo» para indicar la capacidad de la madre para reflejar el estado afectivo del lactante, al tiempo que comunica el hecho de que el estado afectivo que expresa la madre no es el suyo propio sino el del lactante (28-30). Las madres que pueden «caracterizar» su expresión emocional (añadir un grupo especial de atributos, como el ser juguetona, a su expresión del estado afectivo del niño que lo hace claramente diferente de su propia expresión afectiva) parecen ser capaces de calmar a su hijo con una rapidez considerablemente mayor. Esto puede no ser todo el contenido de la teoría de contención de Bion, pero parece relacionado con su hipótesis relativa a los problemas posteriores a los que se enfrentan los individuos cuyas madres o personas que los cuidaron no pudieron proporcionar este encuentro «en espejo» con regulación de la emoción. La restricción de la teoría al ámbito clínico es extremadamente temeraria.

En resumen, el psicoanálisis se puede beneficiar de la integración de sus teorías de trabajo con los resultados de la investigación realizada en otros campos mediante la elaboración de modelos psicológicos psicoanalíticos de los mecanismos implicados en los procesos mentales clave. A su vez, esta integración

puede ser útil para sistematizar el conocimiento psicoanalítico de manera que sea más sencilla su intervención con las nuevas ciencias de la mente. No sólo será posible que los psicoanalistas puedan demostrar con mayor facilidad el efecto beneficioso de sus tratamientos, sino que van a tener nuevas posibilidades de comunicación con otros científicos en relación con sus descubrimientos. La integración de las ideas psicoanalíticas con la ciencia moderna no va a suscitar probablemente un interés en los investigadores de otras disciplinas a menos que el psicoanálisis pueda contribuir realmente a la obtención o conocimiento de los datos relativos a estas disciplinas. La simple revisión de las ideas en las ciencias del desarrollo o en la neurociencia debido a su proximidad a las hipótesis psicoanalíticas tiene poca relevancia para las mismas. Para que el psicoanálisis ocupe el elevado lugar que le corresponde en el estudio científico de la mente, debe demostrar su temple en el campo de batalla de los estudios sistemáticos de laboratorio, en las encuestas epidemiológicas y en la exploración cualitativa de las ciencias sociales.

## LA BASE CIENTÍFICA DEL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO

La base científica del tratamiento psicoanalítico sigue siendo escasa. Existen pocas dudas de que la ausencia de una evidencia sólida e intensa de la eficacia del psicoanálisis sea la consecuencia del aislamiento autoimpuesto del psicoanálisis respecto a las ciencias empíricas. Pocos expertos pueden rechazar la afirmación de que la teoría psicoanalítica está en una situación peligrosa. La situación clínica psicoanalítica podría haber dado lugar ya a todas sus posibilidades para hacer avanzar nuestros conocimientos de la mente. Sin embargo, la «importación» de datos extraclínicos es contemplada a menudo con una gran resistencia, y los psicoanalistas que han intentado hacerlo han sido sometidos a menudo a una burla sutil (y no tan sutil).

Los psicoanalistas han aprovechando el cuerpo de investigación que apoya la psicoterapia dinámica breve. En un metaanálisis de 26 de estos estudios, se demostraron magnitudes de efecto comparables a las de otros abordajes terapéuticos (31). Incluso la psicoterapia dinámica breve podría ser ligeramente superior a algunas otras formas de tratamiento, en los casos en los que en el diseño del estudio se incluye el seguimiento a largo plazo. En uno de los ensayos clínicos aleatorizados y con control (ECAC) mejor diseñados, el Sheffield Psychotherapy Project (32), se obtuvo evidencia de la efectividad de un tratamiento psicodinámico de 16 sesiones fundamentado en el modelo de Hobson (33) para el tratamiento de la depresión mayor. Existen evidencias de la efectividad del tratamiento psicodinámico como terapia complementaria en los programas de dependencia de drogas (34). También se está realizando un trabajo progresivo sobre el tratamiento del trastorno de angustia mediante psicoterapia dinámica breve (35). Se ha demostrado que la aplicación del enfoque psicodinámico breve es útil en las personas de edad avanzada (36).

Hay estudios sobre el proceso de psicoterapia que ofrecen un apoyo cualificado al abordaje psicoanalítico. Por ejemplo, se ha publicado que las interpretaciones psicoanalíticas ofrecidas a los pacientes que se consideran precisas, se han asociado a una evolución relativamente buena (37,38). Existe incluso una evidencia preliminar obtenida en el reanálisis de las cintas grabadas en las sesiones de terapia en el contexto del Treatment of Depression Collaborative Research Program del National Institute of Mental Health (NIMH) en el sentido de que cuanto más se parece el proceso de terapia breve (p. ej., la terapia cognitivo-conductista, TCC) al enfoque psicodinámico, más posibilidades hay de que sea efectiva (39).

Existen pruebas que apoyan las intervenciones terapéuticas que derivan claramente del psicoanálisis. Sin embargo, la mayor parte de los psicoanalistas considera que los objetivos y métodos de la psicoterapia a corto plazo y en sesiones semanales únicas no son comparables a los del «análisis completo». ¿Qué sabemos acerca del valor del tratamiento psicodinámico intensivo y a largo plazo? En este punto, la base de evidencia es fragmentaria.

En el ensayo clínico Boston Psychotherapy Study (40), se comparó el tratamiento psicoanalítico a largo plazo (dos o más sesiones semanales) con el tratamiento de apoyo en pacientes con esquizofrenia, utilizando un diseño aleatorizado y con control. Se obtuvieron algunos resultados específicos con el tratamiento, pero en conjunto los pacientes que recibieron el tratamiento psicoanalítico no evolucionaron mejor que aquéllos que sólo recibieron tratamiento de apoyo. En un estudio aleatorizado y con control efectuado más recientemente (41), un grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad fue asignado para recibir tratamiento de orientación psicoanalítica en el hospital de día o bien tratamiento convencional. En el grupo de tratamiento psicoanalítico se establecieron subgrupos de 3 sesiones semanales, así como de 1 y 2 sesiones semanales, a lo largo de un período de 18 meses. En comparación con los controles, en este grupo psicoanalítico se obtuvieron efectos beneficiosos considerablemente mayores, y estas diferencias no sólo se mantuvieron a los 18 meses del alta sino que incluso se incrementaron durante este período, a pesar de que los pacientes del grupo de hospital de día recibieron menos tratamiento que los participantes en el grupo control (42). La relación coste-efectividad de estos tratamientos es sorprendente, pues el coste del tratamiento psicoanalítico hospitalario parcial es similar al del tratamiento convencional en estos pacientes, y estos costes del tratamiento se amortizaron en gran medida en términos de ahorro de uso de servicios durante los 18 meses siguientes a la finalización del tratamiento (43-46). En los ensayos clínicos en los que participaron grupos similares de pacientes y en los que se efectuaron comparaciones del tratamiento psicoanalítico ambulatorio con el tratamiento convencional ampliado, se obtuvieron resultados relativamente buenos (47), y también cuando las comparaciones se efectuaron con los tratamientos habituales (48). En varios estudios prospectivos y con seguimiento en los que se ha utilizado un diseño pre-post, se ha sugerido una mejora sustancial en los pacientes con trastornos de la personalidad tratados mediante terapia psicoanalítica (49-51). Sin embargo, en estudios realizados sin control, sobre todo en aquéllos en que las muestras de pacientes eran relativamente pequeñas y en aquéllos que incluían pacientes con procesos patológicos sometidos a grandes variaciones, no se han podido obtener datos acerca de la mayor efectividad de alguno de los tratamientos.

En otro ensayo clínico efectuado con control acerca del tratamiento psicoanalítico intensivo en niños con diabetes mal controlada de manera crónica, se han obtenido efectos significativos en el control de la diabetes en el grupo de niños tratados, y estos efectos se mantuvieron durante 1 año de seguimiento (52). Los estudios experimentales de casos únicos efectuados en este mismo grupo de población han apoyado la existencia de una relación causal entre el trabajo interpretativo y la mejora del control de la diabetes y del crecimiento físico (53). En el estudio realizado por Heinicke, también se sugiere que la realización de cuatro o cinco sesiones semanales puede dar lugar a una mejoría más intensa en los niños con dificultades específicas del aprendizaje, en comparación con una intervención psicoanalítica menos intensiva (54).

Uno de los estudios más interesantes publicados recientemente ha sido el Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Project (55). En este estudio, sufragado con fondos

públicos, se efectuó el seguimiento de 756 personas que habían recibido un tratamiento de psicoanálisis o de psicoterapia psicoanalítica durante un período de hasta 3 años. Los grupos aparecían equiparados respecto a numerosas variables clínicas. La realización de psicoanálisis en cuatro o cinco sesiones semanales dio lugar al final del estudio a resultados similares a los obtenidos con la realización de una o dos sesiones semanales de psicoterapia. Sin embargo, en las determinaciones del resultado sintomático mediante el uso de la *Short Check List-90* (SCL-90), la mejoría a los 3 años de seguimiento era significativamente mayor en los pacientes que habían recibido psicoanálisis en comparación con los que habían sido tratados mediante psicoterapia psicoanalítica. De hecho, durante el período de seguimiento, los pacientes que habían recibido psicoterapia no mostraron modificaciones, mientras que los que habían sido tratados mediante psicoanálisis siguieron mejorando hasta alcanzar un nivel en el que sus puntuaciones eran casi indistinguibles de las obtenidas en una muestra de personas suecas sin patología clínica.

Recientemente, la German Psychoanalytic Association ha efectuado un estudio cooperativo de investigación a gran escala sobre un grupo representativo y seleccionado de personas tratadas mediante psicoanálisis y mediante psicoterapia (56). Un grupo seleccionado de pacientes cuyos tratamientos habían tenido lugar durante un período de tiempo especificado fue entrevistado por evaluadores independientes, y los resultados fueron estudiados mediante instrumentos estandarizados y codificados por el evaluador. Aunque los pacientes de este grupo habían presentado una alteración clínica importante en el momento en el que fueron remitidos, según las evaluaciones retrospectivas, a lo largo del seguimiento fue posible obtener buenos resultados en más del 80 % de los mismos. Los datos de seguimiento fueron favorables en relación con la ansiedad y la depresión, y también se demostró un ahorro económico en relación con el uso del tratamiento médico hospitalario y ambulatorio de la sintomatología física, en concordancia con lo observado en estudios previos realizados en Alemania (57). En este estudio realizado con gran detalle, también se obtuvieron datos cualitativos importantes acerca de la experiencia del tratamiento psicoanalítico y de la disyunción relativamente frecuente de las modificaciones psicológicas a nivel del conocimiento del yo, de los aspectos interpersonales-de relación y de los aspectos relativos al ámbito laboral.

En otro estudio de diseño pre-post y de gran envergadura acerca de los tratamientos psicoanalíticos, se han evaluado las historias clínicas de 763 niños que fueron atendidos y tratados en el Anna Freud Center bajo la supervisión estrecha de la hija de Freud (58-61). Los niños con ciertos trastornos (p. ej., depresión, autismo, trastorno de la conducta) parecieron obtener un efecto beneficioso sólo marginal mediante el psicoanálisis o la psicoterapia psicoanalítica. Un dato interesante es que los niños con trastornos emocionales graves (tres o más diagnósticos del Eje I) evolucionaron sorprendentemente bien con el psicoanálisis, aunque su evolución fue peor con la psicoterapia psicoanalítica aplicada en una o dos sesiones semanales. Los niños más pequeños fueron los que obtuvieron un efecto beneficioso mayor con el tratamiento intensivo. Los adolescentes no parecían presentar un efecto beneficioso por el incremento en la frecuencia de las sesiones. La importancia de este estudio es quizá menor en lo relativo a la demostración de que el psicoanálisis es efectivo, aunque algunos de los efectos observados en los niños con trastornos muy graves fueron muy llamativos; no obstante, su importancia fue mayor en la identificación de los grupos de pacientes en los que no parece estar justificado el esfuerzo terapéutico adicional que conlleva el tratamiento intensivo.

El Research Committee de la International Psychoanalytic Association ha efectuado recientemente una revisión global de

los estudios de evolución norteamericanos y europeos acerca del tratamiento psicoanalítico (62). El comité concluyó señalando que los estudios revisados fracasaron en la demostración inequívoca de que el psicoanálisis es eficaz en comparación con un tratamiento alternativo o con un placebo activo, e identificó una gama de problemas metodológicos y de diseño en los aproximadamente 50 estudios incluidos en el informe. En cualquier caso, la conclusión de este informe es alentadora para los psicoanalistas. Actualmente, se están realizando varios estudios para evaluar el psicoanálisis con la metodología «más moderna», y es probable que se obtenga una evidencia más convincente a lo largo de los próximos años. A pesar de las limitaciones de los estudios realizados, la evidencia obtenida en varios estudios importantes con diseño pre-post indica que el psicoanálisis parece ser útil de manera constante en los pacientes con trastornos más leves (neuróticos) y quizá un poco menos útil en los pacientes con trastornos más graves. En una serie de estudios de cohorte efectuados sin control o con controles insuficientes, y realizados principalmente en Europa, los tratamientos más largos e intensivos mostraron una tendencia a lograr resultados mejores, en comparación con los tratamientos más cortos y menos intensivos. El impacto del psicoanálisis fue aparente más allá de la sintomatología, en lo relativo a los parámetros de funcionalismo laboral y de reducción de los costes de la asistencia sanitaria.

## LAS LIMITACIONES DEL ABORDAJE BASADO EN LA EVIDENCIA

En todas las formas de psicoterapia existen limitaciones relativas a la naturaleza de la base de evidencia. Estas limitaciones son bien conocidas y sus implicaciones van más allá de la evaluación de la situación actual del psicoanálisis. La bibliografía relativa a los resultados se refiere a los ECAC efectuados a lo largo de períodos relativamente breves (3 a 6 meses) con seguimientos cortos y con ausencia de control del uso de tratamientos intercurrentes durante estos períodos. La mayor parte de las revisiones terapéuticas basadas en la evidencia se han fundamentado únicamente en ECAC. A menudo, los ECAC realizados sobre los distintos tratamientos psicosociales se consideran insuficientes debido a su escasa validez externa o posibilidad de generalización (63). En resumen, estos estudios no son relevantes para la práctica clínica, lo que constituye un aspecto de debate acalorado en el campo de la psicoterapia (64) y de la investigación psiquiátrica (65). Hay diversas razones bien conocidas: a) la falta de representatividad de los profesionales sanitarios participantes en los estudios; b) la falta de representatividad de los participantes seleccionados con el objetivo de maximizar la homogeneidad; c) el posible uso de tratamientos atípicos aplicados sobre un único trastorno; d) la limitación de la medición de los resultados exclusivamente al síntoma objeto del estudio y cuya cuantificación es sencilla (66).

La creencia en la supremacía de los ECAC abre las puertas a tratamientos que, aunque puedan ser efectivos, no deben ser considerados. Es bienvenida a este respecto una publicación reciente aparecida en el *British Medical Journal* acerca de los efectos de las oraciones de intercesión retroactivas sobre la evolución de los pacientes con sepsis. Leonard Leibovici (67), del Rabin Medical Center de Israel, distribuyó de forma aleatoria a 3.393 pacientes adultos cuya sepsis fue detectada en el hospital entre 1990 y 1996. Se proporcionó una lista de los nombres de los pacientes del grupo de intervención a una persona que dijo una breve oración de intercesión por el bienestar y la recuperación de todo el grupo en conjunto. Se argumentó que dado que es poco probable que Dios esté limitado por el tiempo lineal, era posible que

la intervención efectuada 4-10 años después de la infección y hospitalización del paciente tuviera la misma efectividad que la intervención realizada durante la infección. De manera asombrosa, se obtuvieron resultados significativos en dos de los tres parámetros de evolución. La duración de la hospitalización y de la fiebre fueron menores en el grupo de intervención. La mortalidad también fue inferior en el grupo de intervención, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa. Dado que en otros dos estudios independientes también se ha apoyado la oración de intercesión (68,69) por parte de los criterios de la American Psychological Association para los tratamientos de base empírica, esta intervención debería ser aceptada excepto por el hecho de la heterogeneidad de los procesos médicos para los que se ha utilizado. Este hallazgo subraya el riesgo asociado a un enfoque atóxico de la medicina basada en la evidencia que idealiza en grado extremo el diseño de investigación. De manera incuestionable, los ECAC permiten obtener datos clínicamente relevantes en ausencia de un conocimiento adecuado del proceso patológico subyacente. Cuando James Lind determinó en 1753 que los limones y la lima curaban el escorbuto, no sabía nada acerca del ácido ascórbico ni tampoco conocía el concepto de nutriente. Además, en el estudio de Leibovici se demuestra el nivel de absurdo que se puede alcanzar al introducir métodos cuantitativos rigurosos en áreas totalmente inadecuadas para ello.

Un aspecto más importante desde el punto de vista del psicoanálisis es el hecho de que la clasificación actual de las psicoterapias basadas en la evidencia pone en asociación dos grupos radicalmente diferentes de tratamiento: los tratamientos que han sido adecuadamente evaluados y que han demostrado no ser eficaces en un grupo de pacientes, y los tratamientos que no han sido evaluados en absoluto. Es importante efectuar esta distinción debido a que la razón por la que un tratamiento no ha sido evaluado de manera empírica puede tener poco que ver con su posible efectividad. Seguramente, tiene mucho más que ver con la cultura intelectual en la cual se mueven los investigadores, con la disponibilidad de manuales terapéuticos y con la percepción que tienen los colegas acerca del valor del tratamiento (aspecto que puede ser clave tanto para la financiación del estudio como para su publicación). El psiquiatra británico de orientación psicodinámica Jeremy Holmes (70) ha defendido de manera elocuente en el *British Medical Journal* que la ausencia de evidencia respecto al tratamiento psicoanalítico no se debe confundir con la evidencia de su falta de efectividad. En concreto, su preocupación ha sido que el tratamiento cognitivo podría ser adoptado más por su estrategia de investigación y marketing que por su superioridad intrínseca. Este investigador señaló que: a) los fundamentos del tratamiento cognitivo fueron menos estables de lo que se ha considerado habitualmente; b) el impacto de la TCC sobre la evolución a largo plazo en las enfermedades psiquiátricas no ha sido bien demostrado; c) en un «ensayo clínico de la vida real» al menos un subgrupo de TCC tuvo que ser interrumpido debido a la falta de cumplimiento por parte de un grupo problemático de pacientes que, no obstante, aceptaron y obtuvieron beneficios de los dos tipos de tratamiento (71); d) la magnitud del efecto de la TCC ha sido exagerada por las comparaciones efectuadas con controles en lista de espera; e) la aparición de un abordaje post-TCC (p. ej., 72,73) que se apoya cada vez más en ideas psicodinámicas.

Aunque el autor de esta revisión comulga por completo con el punto de vista de Holmes, incluso teniendo en cuenta que su trabajo con Roth (74) constituyó uno de los objetivos de su crítica, no es lo ideal exponer los defectos de su comunicación. Tarrrier (75) escribe con pasión en un comentario acerca de las opiniones de Holmes: «Holmes se basa en el antiguo dicho de que la ausencia de evidencia no es la evidencia de la ausencia

[de efectividad]. [...] Personalmente, tendría más entusiasmo por este argumento si la psicoterapia tradicional fuera algo nuevo. Sin embargo, tiene ya aproximadamente 100 años. Por tanto, el argumento es un poco menos convincente cuando la aparición tardía de la psicoterapia en el ámbito de la ciencia ha sido debida a la amenaza de retirada de la financiación pública de los proyectos de investigación debido a la ausencia de evidencia». Sensky y Scott (76) también se escandalizaron por la revisión selectiva de la evidencia efectuada por Holmes y por sus alegaciones de que algunos de los terapeutas cognitivos están empezando a cuestionar diversos aspectos de su disciplina. El mensaje desde el punto de vista de la TCC es el siguiente: si los psicoanalistas van a abordar el problema de la práctica basada en la evidencia, van a hacer algo más que quejarse y se van a unir a la corriente general para la adquisición de datos.

Por supuesto, los clínicos psicodinámicos están en desventaja, y no sólo debido a que son casi los últimos en llegar (después de todo, muchos tratamientos nuevos encuentran su lugar en el ámbito de la práctica clínica basada en la evidencia). Hay incompatibilidades profundas entre el psicoanálisis y la ciencia natural moderna. Whittle (77) ha llamado la atención sobre la incompatibilidad fundamental de un abordaje cuyo objetivo es el de cubrir huecos en el discurso autonarrativo mediante un compromiso psicológico cognitivo y con una elaboración mínima de las observaciones, en lo que constituye una forma de ascetismo cognitivo wittgensteiniano. En el contexto anterior, el éxito se determinaba en forma de la elocuencia (o significación), que no se puede reducir a síntomas o a sufrimiento. Además, las explicaciones psicoanalíticas implican la historia personal aunque la genética del comportamiento ha despreciado los aspectos ambientales. Aunque la TCC también presenta en su fundamento la teoría del aprendizaje social ambiental, ha sido más efectiva cuando se ha alejado de su postura ambiental original. Para empeorar las cosas, en el psicoanálisis ha existido la tradición de considerar con desprecio a los no iniciados, alejando a los investigadores de mente más abierta.

Los psicoanalistas no están comprometidos todavía en una actitud de recogida sistemática de datos que pueda alterar, contradecir o confirmar los conceptos bien establecidos y aceptados. El peligro que debe ser evitado a cualquier precio es que la investigación sólo se realice de manera selectiva cuando confirma los puntos de vista previamente aceptados. Esta actitud puede dar lugar a un resultado peor que el del rechazo total de todo el proyecto de búsqueda de evidencia debido a que inmuniza frente a los resultados obtenidos al mismo tiempo que crea una ilusión de participación en el proceso de exploración, evaluación, modificación y recalificación de las ideas.

En cualquier caso, la ausencia de investigación psicoanalítica plantea un problema que le concierne especialmente al autor de esta revisión. En un estudio reciente efectuado por el equipo de investigación de Luborsky (78), se demuestra que la inclinación del investigador permite predecir casi el 70 % de la variancia en los estudios de evolución con diseño transversal, con un estadístico  $r$  múltiple muy interesante de 0,85 cuando se introducen simultáneamente tres métodos diferentes para determinar el grado de inclinación del investigador. Esto quiere decir que el 92 % de las veces es posible predecir cuál de los dos tratamientos comparados va a dar lugar a resultados mejores conociendo únicamente el grado de inclinación del propio investigador por cada uno de ellos. Ésta es una predicción muy perjudicial, debido a que los investigadores que se inclinan por abordajes terapéuticos menos específicos y a más largo plazo son excluidos gradualmente de la posibilidad de recibir financiación y, en los casos en los que sus tratamientos son sometidos a una evaluación sistemática, estas evaluaciones son realizadas por los in-

vestigadores que tienen un interés menor por dichos tratamientos.

## CONCLUSIONES

Nuestro objetivo debe ser el de facilitar el acercamiento del psicoanálisis a la ciencia. Con objeto de garantizar un futuro para el psicoanálisis y los tratamientos psicoanalíticos en psiquiatría, los psicoanalistas deben modificar su actitud en la dirección de un abordaje más sistemático. Este cambio de actitud se podría definir por varios componentes: a) la base de evidencia del psicoanálisis debe ser reforzada mediante la introducción de métodos tradicionales de obtención de datos, métodos que ya se utilizan de manera generalizada en las ciencias biológicas y sociales. La evidencia más reciente puede ayudar a los psicoanalistas a resolver las diferencias teóricas, un logro que la base de datos actual constituida fundamentalmente por casos clínicos de carácter anecdótico no ha sido capaz de conseguir. b) La lógica del discurso psicoanalítico debe pasar de una dependencia excesiva sobre consideraciones referentes y globales al uso de marcos específicos que permitan la obtención acumulativa de datos. c) Los defectos del razonamiento científico psicoanalítico, como los fallos en la consideración de alternativas a las observaciones (más allá de los perseguidos por el autor del estudio), deben ser eliminados y, en concreto, es necesario el abordaje de las cuestiones relativas a la influencia genética y social con una metodología más sofisticada. d) El aislamiento del psicoanálisis debe ser sustituido por la colaboración activa con otras disciplinas de la salud mental. Se debe sustituir el temor a que otros campos adyacentes al psicoanálisis puedan destruir las características específicas ofrecidas por el mismo y, para ello, es necesario aplicar una «cadena de conocimiento» de evolución rápida centrada en los niveles diferentes de la relación cerebro-comportamiento que, tal como señala Kandel (7,79), puede ser la única vía para la preservación de los costosos logros alcanzados por el psicoanálisis.

*World Psychiatry 2003; 2: 73-80*

## Bibliografía

1. Lonigan CJ, Elbert JC, Johnson SB. Empirically supported psychosocial interventions for children: an overview. *J Clin Child Psychol* 1998;27:138-45.
2. Bion WR. Notes on memory and desire. *Psychoanalytic Forum* 1967;2:272-3, 279-80.
3. Gabbard GO, Gunderson JG, Fonagy P. The place of psychoanalytic treatments within psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:505-10.
4. Fonagy P. The future of an empirical psychoanalysis. *Br J Psychother* 1996;13:106-18.
5. Tuckett D. The conceptualisation and communication of clinical facts in psychoanalysis. *Int J Psychoanal* 1995;76:653-62.
6. Westen D. The scientific legacy of Sigmund Freud: toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychol Bull* 1998;124:333-71.
7. Kandel ER. A new intellectual framework for psychiatry. *Am J Psychiatry* 1998;155:457-69.
8. LeDoux J. Emotion: clues from the brain. *Annu Rev Psychol* 1995;46:209-35.
9. Westen D, Gabbard GO. Developments in cognitive neuroscience: I. Conflict, compromise, and connectionism. *J Am Psychoanal Assoc* 2002;50:53-98.
10. Westen D, Gabbard GO. Developments in cognitive neuroscience: II. Implications for theories of transference. *J Am Psychoanal Assoc* 2002;50:99-134.

11. Plomin R. Something about molecular behavior genetics. *Annu Rev Psychol*, in press.
12. Freud S. Project for a scientific psychology. In: Strachey J (ed). The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. 1. London: Hogarth Press, 1895/1966:281-93.
13. Plomin R, DeFries JC, McLearn GE et al. Behavioral genetics, 3rd ed. New York: Freeman, 1997.
14. Baxter LR, Schwartz JM, Bergman DS et al. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:618-89.
15. Schwartz JM, Stoessel PW, Baxter LR et al. Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:109-13.
16. Vinamäki H, Kuikka J, Tiihonen J et al. Change in monoamine transporter density related to clinical recovery: a case-control study. *Nordic J Psychiatry* 1998;52:39-44.
17. Davis M, Stone T (eds). Folk psychology: the theory of mind debate. Cambridge: Blackwell, 1995.
18. Harris PL. From simulation to folk psychology: the case for development. *Mind and Language* 1992;7:120-44.
19. Mitchell SA. Hope and dread in psychoanalysis. New York: Basic Books, 1993.
20. Phillips A. On kissing, tickling and being bored: psychoanalytic essays on the unexamined life. London: Faber & Faber, 1993.
21. Gill MM. Review of 'Hope and Dread in Psychoanalysis by Stephen A. Mitchell'. *Int J Psychoanal* 1994;75:847-50.
22. Bion WR. Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. *Int J Psychoanal* 1957;38:266-75.
23. Bion WR. Learning from experience. London: Heinemann, 1962.
24. Bion WR. A theory of thinking. *Int J Psychoanal* 1962;43:306-10.
25. Klein M. A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. In: The writings of Melanie Klein, Vol. 1. London: Hogarth Press, 1935/1975:236-89.
26. Klein M. Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant. In: The writings of Melanie Klein, Vol. 1. London: Hogarth Press, 1952/1975:61-93.
27. Klein M. On the development of mental functioning. *Int J Psychoanal* 1958;39:84-90.
28. Fonagy P, Gergely G, Jurist E et al. Affect regulation, mentalization and the development of the Self. New York: Other Press, 2002.
29. Gergely G, Watson J. The social biofeedback model of parental affect-mirroring. *Int J Psychoanal* 1996;77:1181-212.
30. Gergely G, Watson J. Early social-emotional development: contingency perception and the social biofeedback model. In: Rochat P (ed). Early social cognition: understanding others in the first months of life. Hillsdale: Erlbaum, 1999: 101-37.
31. Anderson EM, Lambert MJ. Short-term dynamically oriented psychotherapy: a review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 1995;15: 503-14.
32. Shapiro DA, Rees A, Barkham M et al. Effects of treatment duration and severity of depression on the maintenance of gains after cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:378-87.
33. Hobson RF. Forms of feeling: the heart of psychotherapy. New York: Basic Books, 1985.
34. Woody GE, McLellan AT, Luborsky L et al. Psychotherapy in community methadone programs: a validation study. *Am J Psychiatry* 1995;152:1302-8.
35. Milrod B, Busch F, Cooper A et al. Manual for panic-focused psychodynamic psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press, 1997.
36. Thompson LW, Gallagher D, Breckenridge JS. Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *J Consult Clin Psychol* 1987;55:385-90.
37. Crits-Christoph P, Cooper A, Luborsky L. The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:490-5.
38. Joyce AS, Piper WE. The immediate impact of transference interpretation in short-term individual psychotherapy. *Am J Psychother* 1993;47:508-26.
39. Ablon JS, Jones EE. Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:64-75.
40. Stanton AH, Gunderson JG, Knapp PH et al. Effects of psychotherapy in schizophrenia: I. Design and implementation of a controlled study. *Schizophr Bull* 1984;10:520-63.
41. 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.
42. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001;158:36-42.
43. Bateman A, Fonagy P. Intensive multi-context psychotherapy for severe personality disorder: a manualized application of a psychoanalytic attachment theory based model. Submitted for publication.
44. Chiesa M, Holmes J, Drahorad C et al. Residential versus community treatment of personality disorder: a comparative study of three treatment programs. Submitted for publication.
45. Stevenson J, Meares R. An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1992;149:358-62.
46. Stevenson J, Meares R. Borderline patients at 5 year follow-up. Presented at the Congress of the Royal Australia-New Zealand College of Psychiatrists, Cairns, May 1995.
47. Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN et al. The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *J Personal Disord* 2001;15:487-95.
48. Chiesa M, Fonagy P, Holmes J. An experimental study of treatment outcome at the Cassel Hospital. In: Lees J, Manning N, Menzies D et al (eds). Researching therapeutic communities. London: Jessica Kingsley Publications (in press).
49. Høglend P. Personality disorders and long-term outcome after brief psychodynamic psychotherapy. *J Personal Disord* 1993;7:168-81.
50. Monsen J, Odland T, Faugli A et al. Personality disorders and psychosocial changes after intensive psychotherapy: a prospective follow-up study of an outpatient psychotherapy project, 5 years after the end of treatment. *Scand J Psychol* 1995;36:256-68.
51. Monsen J, Odland T, Faugli A et al. Personality disorders: changes and stability after intensive psychotherapy focussing on affect consciousness. *Psychother Res* 1995;5:33-48.
52. Moran G, Fonagy P, Kurtz A et al. A controlled study of the psychoanalytic treatment of brittle diabetes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30:926-35.
53. Fonagy P, Moran GS. Studies of the efficacy of child psychoanalysis. *J Consult Clin Psychol* 1991;58:684-95.
54. Heinicke CM, Ramsey-Klee DM. Outcome of child psychotherapy as a function of frequency of sessions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1986;25:247-53.
55. Sandell R. Long-term findings of the Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Project (STOPPPP). Presented at the Meeting Psychoanalytic Long-Term Treatments: A Challenge for Clinical and Empirical Research in Psychoanalysis, Hamburg, October 1999.
56. Leuzinger-Bohleber M, Target M (eds). The outcomes of psychoanalytic treatment. London: Whurr, 2002.
57. Dührssen A. Katamnestiche Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. *Psychosom Med* 1962;8:94-113.
58. Fonagy P, Target M. The efficacy of psychoanalysis for children

- with disruptive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:45-55.
59. Fonagy P, Target M. Predictors of outcome in child psychoanalysis: a retrospective study of 763 cases at the Anna Freud Centre. *J Am Psychoanal Assoc* 1996;44:27-77.
  60. Target M, Fonagy P. The efficacy of psychoanalysis for children: developmental considerations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:1134-44.
  61. Target M, Fonagy P. The efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:361-71.
  62. Fonagy P, Kachele H, Krause R et al. An open door review of outcome studies in psychoanalysis, 2nd ed. London: International Psychoanalytical Association, 2002.
  63. Anonymous. Cross design synthesis: a new strategy for studying medical outcomes. *Lancet* 1992;340:944-6.
  64. Hoagwood K, Hibbs E, Brent D et al. Introduction to the special section: efficacy and effectiveness in studies of child and adolescent psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:683-7.
  65. Olfson M. Emerging methods in mental health outcomes research. *J Pract Psychiatry Behav Health* 1999;5:20-4.
  66. Fonagy P. Process and outcome in mental health care delivery: a model approach to treatment evaluation. *Bull Menninger Clinic* 1999;63:288-304.
  67. Leibovici L. Effects of remote, retroactive intercessory prayer on outcomes in patients with bloodstream infection: randomised controlled trial. *Br Med J* 2001;323:1450-1.
  68. Byrd RC. Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. *South Med J* 1988;81:826-9.
  69. Harris WS, Gowda M, Kolb JW et al. A randomized, controlled trial of the effects of remote, intercessory prayer on outcomes in patients admitted to the coronary care unit. *Arch Intern Med* 1999;159:2273-8.
  70. Holmes J. All you need is cognitive behaviour therapy? *Br Med J* 2002;324:288-94.
  71. Leff J, Vearnals S, Brewin CR et al. The London Depression Intervention Trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *Br J Psychiatry* 2000;177:95-100.
  72. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM et al. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:615-23.
  73. Young JE. Cognitive therapy for personality disorder: a schema-focused approach, 3rd ed. Sarasota: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange, 1999.
  74. Roth A, Fonagy P. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. New York: Guilford Press, 1996.
  75. Tarrier N. Yes, cognitive behaviour therapy may well be all you need. *Br Med J* 2002;324:288-94.
  76. Sensky T, Scott J. All you need is cognitive behaviour therapy? Critical appraisal of evidence base must be understood and respected. *Br Med J* 2002;324:1522.
  77. Whittle P. Experimental psychology and psychoanalysis: what we can learn from a century of misunderstanding. *Neuro-psychoanalysis* 2000;2.
  78. Luborsky L, Diguier L, Seligman DA et al. The researcher's own therapy allegiances: a 'wild card' in comparisons of treatment efficacy. *Clin Psychol Sci Pract* 1999;6:95-106.
  79. Kandel ER. Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry* 1999;156:505-24.

# El futuro de la farmacoterapia en la esquizofrenia

JOHN M. KANE, ANIL MALHOTRA

Noth Shore, Long Island Jewish Health System, The Zucker Hillside Hospital, 75-59 263 Street, Glen Oaks, NY 11004, USA

*Aunque se han efectuado progresos enormes en el tratamiento de la esquizofrenia, y aunque el uso de los agentes farmacológicos existentes puede dar lugar a un efecto espectacular en el tratamiento a corto y largo plazo de esta enfermedad, siguen existiendo dificultades muy importantes y necesidades que no han sido resueltas. A pesar de la introducción de una segunda generación de medicamentos antipsicóticos, muchos pacientes siguen obteniendo un efecto beneficioso insuficiente de la medicación. Aunque se apliquen los mejores tratamientos disponibles, a menudo persisten los síntomas negativos y la disfunción cognitiva, con disminución en el funcionalismo psicosocial y profesional. El cumplimiento de la medicación prescrita es todavía un problema constante que no ha mejorado de manera importante con los antipsicóticos de última generación. Debido a que todos los agentes antipsicóticos comercializados en la actualidad inducen algún grado de antagonismo de la dopamina, todavía no se ha podido determinar con detalle el papel que pueden desempeñar otros neurotransmisores en la actividad antipsicótica primaria. Es posible que los diferentes aspectos de la enfermedad puedan responder a clases específicas distintas de medicamentos, aunque la investigación en este área no ha avanzado demasiado. La posibilidad de nuevos descubrimientos mediante técnicas genéticas ha dado lugar a nuevos objetivos terapéuticos y al uso de factores predictivos mejores de respuesta al tratamiento (tanto de la respuesta terapéutica como de los efectos adversos), y estas líneas de investigación son enormemente interesantes pero todavía requieren años de investigación adicional. A nivel práctico es necesario equilibrar la necesidad de un uso prudente e informado de los agentes disponibles con la paciencia e interés necesarios para el estudio de otros nuevos enfoques terapéuticos.*

**Palabras clave:** esquizofrenia, farmacoterapia, objetivos farmacológicos, farmacogenética

En el tratamiento de la esquizofrenia se han efectuado progresos muy importantes. La introducción de la medicación antipsicótica ha dado lugar a un efecto intenso en el tratamiento a corto y largo plazo de esta enfermedad, aunque todavía existen dificultades enormes y necesidades no resueltas. En este artículo se van a revisar algunos de los aspectos del desarrollo futuro, que van desde la potenciación del uso efectivo de los medicamentos existentes hasta la aplicación de estrategias para el desarrollo de las próximas generaciones de agentes farmacológicos.

## ¿QUÉ PODEMOS HACER PARA POTENCIAR LOS RESULTADOS TERAPÉUTICOS OBTENIDOS CON LOS AGENTES YA EXISTENTES?

Aunque los antipsicóticos de segunda generación ofrecen algunas ventajas importantes sobre los antipsicóticos convencionales, el alcance y las implicaciones a largo plazo de estas ventajas todavía no han sido detallados, y el coste económico sigue siendo un factor importante en numerosos contextos (1,2). A pesar de estos avances, hay todavía un elevado número de pacientes en los que no es posible obtener efectos beneficiosos adecuados con los nuevos fármacos, y además no poseemos una base de datos de investigación suficiente que permita guiar las decisiones relativas a los tratamientos alternativos. Muchos clínicos pueden aumentar las dosis, cambiar a otros agentes diferentes o añadir antipsicóticos (de primera o segunda generación) o agentes eutimizantes a los tratamientos ya prescritos, pero no se ha efectuado un número suficiente de ensayos clínicos aleatorizados y con control como para evaluar la efectividad o recomendar una duración o cronología específicas de estos tipos de intervención terapéutica (3). Para los clínicos es fácil extraer conclusiones erróneas a través de la experiencia con pacientes individuales. Si se aumenta la dosis o se añade otra medicación, el efecto beneficioso subsiguiente puede ser debido al paso del tiempo, dado que la respuesta que se obtiene en la esquizofrenia es variable tanto en su intensidad como en su evolución temporal.

La clozapina sigue siendo el único fármaco que ha demostrado ser eficaz en los pacientes cuya respuesta a otros medica-

mentos es escasa o parcial (4-6). Sin embargo, muchos clínicos dudan en utilizar la clozapina, debido a que consideran que este medicamento se acompaña de riesgos y también al esfuerzo adicional que requiere el control de los análisis de sangre. Para muchos pacientes, este rechazo clínico es poco afortunado, debido a que los posibles efectos beneficiosos a conseguir podrían superar en gran medida a los riesgos potenciales. Se debate todavía si la clozapina debería ser un tratamiento de segunda o tercera línea; no obstante, lo más preocupante es la falta de uso de esta medicación en todos los pacientes que muestran síntomas persistentes. Existen también pruebas abundantes de que la clozapina tiene ventajas en la reducción del comportamiento suicida en los pacientes con esquizofrenia, lo que constituye otro argumento importante para su utilización más generalizada (7).

Aunque los antipsicóticos de última generación han demostrado una eficacia mayor sobre las puntuaciones de los síntomas negativos y de la función cognitiva, estos resultados no han sido constantes y tampoco han tenido una intensidad elevada (1,8), lo que indica que es necesaria su mejora. Tal como se expone con mayor detalle a continuación, probablemente es una ingenuidad asumir que una única intervención terapéutica va a permitir obtener el efecto deseado sobre toda la amplia gama de signos y síntomas (positivos, negativos, afectivos, cognitivos, del comportamiento, etc.) que acompañan a la esquizofrenia.

En este momento, se está empezando a investigar el uso de medicamentos específicos dirigidos hacia aspectos concretos de la enfermedad. Un ejemplo es la realización de ensayos clínicos sobre pacientes con esquizofrenia con uso de fármacos que han demostrado potenciar la función cognitiva en otras enfermedades. Hasta el momento, la base de datos es insuficiente como para establecer conclusiones, y nuestros conocimientos acerca de la fisiopatología de la disfunción cognitiva en la esquizofrenia están muy lejos de haber alcanzado el nivel existente respecto, por ejemplo, a la enfermedad de Alzheimer.

Otra área en la que es posible realizar un progreso mayor es la pertinente al cumplimiento de los tratamientos por parte de los pacientes. Aunque el cumplimiento de la medicación representa un problema en cualquier enfermedad, las dificultades que experimentan los pacientes con esquizofrenia lo hacen todavía más complejo. Se ha estimado que las tasas de falta de cumpli-

miento del tratamiento al cabo de 1-2 años de seguimiento son del 40 % (9,10). Debido a su mejor perfil de efectos adversos, se esperaba que los medicamentos de última generación permitieran reducir las tasas de falta de observancia del tratamiento prescrito. Sin embargo, los avances efectuados en este sentido han sido escasos (11,12).

Se han observado algunos efectos positivos con las estrategias psicológicas aplicadas para incrementar el grado de cumplimiento de la medicación (13), pero estas estrategias no son completamente efectivas y tampoco se han aplicado de manera generalizada. Dada la necesidad establecida de tratamiento farmacológico continuado para prevenir la recidiva y la rehospitalización, es importante en primer lugar administrar las formulaciones disponibles (antipsicóticos inyectables de acción prolongada) con mayor constancia, así como desarrollar otras soluciones tecnológicas que permitan eliminar el problema de la falta de cumplimiento o del cumplimiento terapéutico parcial.

En muchos países, los medicamentos inyectables de acción prolongada se utilizan con una frecuencia insuficiente. Algunos clínicos consideran que son capaces de detectar la disminución del cumplimiento terapéutico en sus pacientes, y reservan los medicamentos inyectables de acción prolongada para los pacientes que han demostrado de manera repetida una falta de cumplimiento. En realidad, es difícil identificar con antelación a los pacientes que no van a cumplir adecuadamente el tratamiento, debido a que las causas de este comportamiento son múltiples y varían en cada paciente. Dadas las consecuencias potencialmente graves de la recidiva (pérdida de apoyo social y de situación laboral, aparición de formas de comportamiento agresivas, violentas o autodestructivas, incremento de la carga familiar, pérdida del hogar, incremento del coste social), los esfuerzos para impedir la misma son clave.

Algunos médicos creen que los fármacos inyectables de acción prolongada dan lugar a más efectos adversos, aunque hasta el momento no se ha demostrado que esto sea así, de hecho, el uso de dosis que se asocian con niveles sanguíneos menores puede reducir realmente el riesgo de efectos adversos (14).

Otros clínicos asumen que los pacientes no van a aceptar la medicación de acción prolongada y que, incluso si lo hicieran, esta medida no iba a garantizar el cumplimiento terapéutico debido a que el paciente puede dejar de recibir la inyección tras los intervalos de tiempo adecuados. Muchos pacientes son reacios a la sugerencia de una medicación inyectable en cuanto se les menciona (a menudo debido al miedo al dolor que acompaña a las inyecciones). Sin embargo, si los clínicos tienen voluntad de eliminar estas barreras, incluso si fuera necesario sugiriendo administrar una inyección «de prueba», los pacientes terminarían a menudo aceptando el uso de estos medicamentos. Después de conocer estos fármacos, los pacientes suelen estar contentos con los resultados (15).

El concepto de que la medicación inyectable no garantiza el cumplimiento terapéutico sólo es cierto de manera parcial. Sin embargo, la diferencia clave es el hecho de que cuando un paciente deja de recibir la inyección que le toca, el equipo clínico conoce de manera inmediata esta incidencia y puede iniciar la acción apropiada (llamadas telefónicas al paciente o a su familia, visitas al hogar del paciente, etc.). Además, debido a que los medicamentos de acción prolongada se acompañan de una disminución más gradual en los niveles sanguíneos, en comparación con la interrupción de la medicación oral, el equipo clínico tiene tiempo para iniciar los pasos apropiados antes de que el paciente quede de hecho sin medicación activa.

Nuestra impresión respecto a la prevención de la recidiva es que este aspecto del tratamiento ha recibido a menudo una atención insuficiente en comparación con los tratamientos de carácter agudo. Probablemente, la evolución de una enfermedad

como la esquizofrenia va a estar determinada más por las estrategias utilizadas (no solamente farmacológicas sino también psicosociales y laborales) durante los períodos de remisión relativa que por las aplicadas durante los períodos de exacerbación aguda.

Ahora que se han desarrollado medicamentos de segunda generación inyectables y de acción prolongada, uno de los obstáculos para el uso de esta estrategia concreta debería reducirse, dadas las ventajas potenciales de la combinación de ambos enfoques (16). El uso de una nueva tecnología (una encapsulación en microesferas biodegradables que contienen el fármaco activo) también es bienvenido, debido a que el vehículo es agua (no aceite) y, por tanto, se acompaña de una incidencia menor de dolor y reacción local en el punto de inyección. Es de esperar que otros avances tecnológicos puedan incrementar las opciones para desarrollar sistemas de aporte de medicamentos de acción prolongada de cualquier tipo.

Para algunos pacientes, incluso la implantación quirúrgica puede ser una alternativa útil y congruente con un «modelo médico» más aceptado de tratamiento de enfermedades graves como la esquizofrenia (17).

Algunos clínicos siguen considerando que la autonomía en la toma de la medicación es un componente crítico en el tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, cuando hay tantos riesgos asociados a la falta de cumplimiento y esta falta de observancia terapéutica es tan frecuente, parece que el objetivo deberían ser otras áreas de autonomía y de autoasistencia por parte del paciente, al tiempo que se eliminan en la medida posible los riesgos de recidiva.

## EL DESARROLLO DE NUEVOS AGENTES FARMACOLÓGICOS

Se mantiene el debate sobre cuáles son los factores que explican el «carácter atípico» de los fármacos de segunda generación, y todavía no sabemos con certeza por qué la clozapina sigue presentando algunas ventajas relativamente únicas. Por tanto, aún existe incertidumbre acerca de cuáles son las propiedades neurofarmacológicas a tener en cuenta en el desarrollo progresivo de los medicamentos. ¿Hemos llevado el paradigma existente todo lo lejos que se podría? En caso afirmativo, ¿qué otras estrategias se podrían aplicar?

### Otros fármacos dopaminérgicos

Se están desarrollando nuevos enfoques terapéuticos incluso con el objetivo tradicional del antagonismo óptimo de la dopamina. Ha existido durante años un interés considerable por el uso de antagonistas para modificar la función dopaminérgica a través de distintos mecanismos. La idea es combinar los efectos del antagonismo y del agonismo de manera que sea posible «normalizar» la función dopaminérgica, más que inducir un bloqueo excesivo en algunas áreas cerebrales a costa del bloqueo necesario en otras (18).

El desarrollo de un agonista parcial clínicamente efectivo y bien tolerado (aripiprazol) ha demostrado que esta estrategia puede ser adecuada. Éste es el primero de dicha clase de fármacos que ha demostrado una eficacia clínica comparable a la de los antipsicóticos convencionales (19).

Los datos clínicos obtenidos hasta el momento indican que los efectos adversos son escasos. La baja incidencia de efectos adversos extrapiramidales y la ausencia de elevación en los niveles de prolactina apoyan el valor del antagonismo parcial. Todavía no se ha determinado la intensidad con la que éste y otros compuestos similares pueden dar lugar a ventajas significativas en términos de eficacia general o de eficacia respecto a sinto-

mas específicos. Teóricamente, estos compuestos pueden «normalizar» o «modular» la función dopaminérgica mediante la reducción de la transmisión dopaminérgica sin un bloqueo completo de la misma y en los casos en los que la actividad de la dopamina es excesiva; por otra parte, también estimulan la transmisión dopaminérgica en los casos en los que está disminuida.

También se han desarrollado compuestos que actúan como antagonistas dopaminérgicos selectivos en receptores distintos del receptor D2 de la dopamina. Hasta el momento ninguno de estos compuestos ha demostrado ser un agente antipsicótico clínicamente efectivo, pero aún no se han resuelto diversos problemas relacionados con las dosis de los mismos a administrar (20).

#### Agentes serotoninérgicos

Los subtipos del receptor serotoninérgico, especialmente el receptor 5-HT<sub>2A</sub>, han recibido una atención considerable por su efecto en los «aspectos atípicos» de los antipsicóticos de segunda generación (21,22). Se han llevado a cabo iniciativas para desarrollar compuestos con efectos de antagonismo 5-HT<sub>2A</sub> específicos y sin efectos a través de los receptores dopaminérgicos. Sin embargo, los resultados obtenidos hasta el momento con estos compuestos no han demostrado la aparición de efectos antipsicóticos adecuados (23).

También se ha señalado que, debido a que la clozapina ejerce un efecto agonista sobre los receptores 5-HT<sub>2A</sub>, este efecto podría contribuir a sus acciones específicas (22). No obstante, hasta el momento, los intentos de desarrollar medicamentos que combinen los efectos agonistas 5-HT<sub>2A</sub> con las actividades de unión a otros receptores no han permitido replicar el perfil clínico de la clozapina.

#### Agentes muscarínicos

Debido a que los inhibidores de la colinesterasa parecen ser activos sobre los síntomas psicóticos (y también sobre la disfunción cognitiva) en los pacientes con enfermedad de Alzheimer (24), se ha propuesto la hipótesis de que estos agentes podrían ser útiles en el tratamiento de los síntomas cognitivos, psicóticos o ambos en los pacientes con esquizofrenia. Los datos obtenidos hasta el momento en los ensayos clínicos son insuficientes como para establecer conclusiones.

Los agonistas muscarínicos o agonistas parciales también podrían inducir efectos clínicos útiles en la esquizofrenia, según los resultados obtenidos en modelos animales (25).

#### Agentes glutamatérgicos

La observación de que los agonistas del receptor N-metil-D-aspartato (NMDA) pueden inducir algunos de los síntomas que aparecen en la esquizofrenia ha llevado a la hipótesis de que en la fisiopatología de esta enfermedad podría existir alguna forma de deficiencia en la función del NMDA (26). Así, se han desarrollado modelos animales y se ha efectuado una evaluación de los agentes más relevantes en el ser humano. Si la función del NMDA aparece reducida en la esquizofrenia, se puede considerar que los fármacos que facilitan o incrementan la función del NMDA podrían tener algún potencial terapéutico. En efecto, la glicina actúa como agonista del receptor NMDA y se ha utilizado en ensayos clínicos con algunos buenos resultados, especialmente en lo relativo a los síntomas negativos (26,27). La D-cicloserina es un agonista parcial de la zona reguladora de la glicina localizada en el receptor NMDA, y ha dado lugar a una cierta eficacia sobre los síntomas negativos cuando se ha administrado de manera aislada o en combinación con medicamen-

tos antipsicóticos (28). Sin embargo, los efectos inducidos por estos agentes son modestos e inconstantes.

Actualmente, se están evaluando otras estrategias para modificar la función del receptor NMDA o para regular la liberación del glutamato, incluyendo la inhibición de la captación de glicina y la inhibición de la liberación de glutamato.

#### Otros agentes

Otras posibles clases de agentes que podrían modificar los síntomas psicóticos o la evolución de estos síntomas son los inhibidores de la proteína cinasa C, los esteroides, los agentes cuyo objetivo es la corrección de las supuestas alteraciones en la composición y función de los fosfolípidos de membrana, y los agentes que podrían inducir efectos neurotrópicos directos o indirectos.

Indudablemente, la evolución y la fisiopatología de la esquizofrenia son complejas, de manera que el riesgo genético y los posibles factores ambientales contribuyen a la aparición de problemas en la plasticidad del desarrollo neural, la conectividad o la integración. La implicación de una gama variada y compleja de factores en la determinación del desarrollo neural apropiado y de la capacidad funcional progresiva podrían facilitar una serie de intervenciones (quizá incluso la prevención) a medida que sea posible un conocimiento mayor de estas posibilidades.

## PERSPECTIVAS DESDE EL PUNTO DE VISTA GENÉTICO

La secuenciación del genoma humano con la identificación subsiguiente de las variantes genéticas comunes en forma de polimorfismos de nucleótidos únicos (PNU) representa otra línea posible para el progreso en la farmacoterapia de la esquizofrenia. La información genómica global puede allanar el camino para la identificación de nuevos objetivos farmacológicos y también puede proporcionar las herramientas necesarias para identificar los factores predictivos biológicos de la respuesta frente a los fármacos antipsicóticos actuales y futuros.

#### Identificación de nuevos objetivos

Durante los tres últimos decenios, se han realizado esfuerzos intensivos sobre las estrategias genéticas para identificar los genes de susceptibilidad de la esquizofrenia. En su mayor parte, en estos estudios se han utilizado estrategias de análisis de «relación genética» que implican el estudio de grupos familiares con pacientes múltiples o el estudio de parejas de hermanos en las que ambos miembros aparecen afectados por la esquizofrenia. En los estudios que se han llevado a cabo adecuadamente, se ha sugerido la existencia de regiones cromosómicas portadoras de genes de susceptibilidad, y se han efectuado intentos para la clonación posicional que permita la localización precisa del gen candidato. Hasta el momento, se han llevado a cabo numerosos estudios de relación genética en los que se han obtenido resultados teóricamente positivos, pero las limitaciones del análisis de relación genética han dificultado la identificación real de los genes de susceptibilidad (29). Un problema importante con el análisis de relación genética es que, aunque tiene una gran capacidad para la detección de los genes que inducen efectos importantes, es menos útil cuando los genes que contribuyen a la fisiopatología de la enfermedad dan lugar a efectos relativamente modestos (30). Por tanto, los resultados positivos han sido difíciles de replicar. Además, la región cromosómica implicada por un resultado positivo puede contener cientos o miles de genes, de manera que la identificación de la contribución genética real puede ser difícil de establecer mediante la tecnología actual.

En cualquier caso, la nueva información genómica puede proporcionar nuevos medios para la identificación de los genes de susceptibilidad. En la actualidad, es posible realizar una cartografía fina de las regiones candidatas mediante la información aportada por los PNU, con objeto de localizar mejor las regiones de relación genética. Además, los abordajes de asociación genética en los que se utilizan casos no emparentados incrementan la capacidad de detección de genes de efecto modesto (31) y facilitan la evaluación de los PNU localizados en el interior de genes implicados en los análisis de relación genética. Por ejemplo, Straub y cols. (32) observaron recientemente que la disbindina, un gen localizado en el brazo corto del cromosoma 6 e identificado en un estudio de relación genética que se concluyó en 1994, se asociaba a la esquizofrenia en un estudio de caso-control de carácter familiar en el que se utilizaron los PNU identificados recientemente en esa región. Algunos otros grupos de investigación están aplicando estrategias similares, y es probable que pronto sea posible la detección de múltiples genes que incrementan el riesgo de esquizofrenia.

A medida que se identifiquen estos genes, muchas de las proteínas que codifican pueden representar nuevos objetivos para el desarrollo farmacológico. Además, las estrategias terapéuticas con los nuevos agentes se pueden centrar en los subgrupos de pacientes esquizofrénicos que muestran alelos específicos de susceptibilidad, lo que puede incrementar la potencia de estas estrategias terapéuticas. Finalmente, aunque un producto genético individual puede no ser muy sensible a la intervención farmacológica, se puede localizar en el interior de una vía anatómica o funcional que permita establecer nuevas direcciones para el descubrimiento de fármacos.

#### Farmacogenética

Las estrategias farmacogenéticas también pueden potenciar las estrategias terapéuticas en la esquizofrenia mediante la provisión de factores predictivos biológicos o moleculares fácilmente accesibles y relativos a la respuesta frente a los fármacos antipsicóticos. La identificación anticipada de los pacientes que van a responder bien a un fármaco antipsicótico concreto, o que muestran un incremento en el riesgo de sufrir efectos adversos por este fármaco, puede reducir los prolongados ensayos clínicos de medicación en los que se demuestra la falta de efectividad y también puede limitar la exposición de los pacientes a los efectos adversos medicamentosos. Además, el incremento de la capacidad de predicción de la respuesta terapéutica en las fases iniciales de la evolución de la enfermedad puede dar lugar a un incremento en el grado de cumplimiento terapéutico de los pacientes y a una rapidez mayor en su búsqueda de tratamiento tras la aparición de una exacerbación o recidiva.

En los estudios farmacogenéticos realizados en psiquiatría casi sólo se ha utilizado el diseño de asociación «caso-control» del gen candidato, un abordaje que es especialmente idóneo en los estudios farmacogenéticos en los que sólo se consigue la participación de pacientes no emparentados (29).

La estrategia farmacogenética dirigida al gen candidato ha dado buenos resultados en enfermedades complejas como el asma. Por ejemplo, Kotani y cols. (33) observaron que el polimorfismo Arg16Gly del receptor beta2-adrenérgico (B2AR) se asociaba de manera significativa a la capacidad de respuesta de la vía respiratoria en pacientes asmáticos japoneses (n = 92) tratados con el agonista beta salbutamol. De la misma manera, Drazen y cols. (34) estudiaron la asociación entre la mejora del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) en un ensayo clínico controlado con placebo (n = 221) sobre el fármaco antiasmático ABT-761 y sobre un polimorfismo en el gen de la 5-lipoxigenasa (ALOX5). El genotipo ALOX5 no se asoció a la gravedad global de la enfermedad, pero los pacientes ho-

mocigotos para el alelo infrecuente no respondieron frente al ABT-761. De hecho, la respuesta de estos pacientes frente al fármaco activo fue indistinguible de la observada en los pacientes que recibieron el tratamiento placebo.

La mayor parte de los estudios farmacogenéticos sobre la eficacia de la medicación antipsicótica se han centrado en la clozapina. En estos estudios se han utilizado principalmente los PNU existentes en los genes que codifican los receptores de los neurotransmisores frente a los cuales tiene afinidad la clozapina. Estos genes son los correspondientes a los receptores dopaminérgicos D2, D3 y D4, y también los correspondientes a los receptores serotoninérgicos 5-HT2A, 5-HT2C y 5-HT6 (35,36). Hasta el momento, la asociación más intensa entre los PNU ha sido la observada entre el gen del receptor 5-HT2A y la respuesta frente a la clozapina. En varios estudios se han obtenido resultados débilmente positivos, y en un metanálisis de todos los estudios publicados sobre los dos polimorfismos 5-HT2A (T102C y His452Tyr) se ha señalado que este gen puede dar lugar a un efecto significativo, aunque pequeño, sobre la variación en la respuesta frente a la clozapina (37).

Otra aplicación de las técnicas farmacogenéticas ha sido en lo relativo a los efectos adversos. Se ha señalado que un PNU del receptor D3 de la dopamina (Ser9Gly), que puede alterar la afinidad de unión a la dopamina (38), modifica la susceptibilidad frente a la discinesia tardía (DT). Además, se han efectuado varios estudios en los que se sugiere que los polimorfismos en la enzima CYP2D6 del citocromo p450, una enzima importante en el metabolismo oxidativo de numerosos fármacos antipsicóticos, se asocian a la aparición de DT (39-41); también se han realizado estudios en los que se ha señalado que un polimorfismo intrónico en el gen CYP1A2 podría contribuir al riesgo de DT (42,43).

La agranulocitosis inducida por clozapina es otro efecto adverso que ha sido estudiado en diversos grupos de población. La elevada incidencia de recidiva de la agranulocitosis tras los segundos tratamientos con clozapina ha sugerido que en este efecto adverso pueden desempeñar algún papel los factores genéticos. Hasta el momento, el objetivo de la investigación ha sido el estudio del complejo principal de histocompatibilidad (MHC) y de las variantes del antígeno leucocitario humano (HLA), de manera que se ha observado una asociación entre haplotipos HLA específicos y la aparición de agranulocitosis en grupos de población de judíos Ashkenazi y en grupos de población no judía (44,45). Estos estudios han estado limitados por la escasa frecuencia de la agranulocitosis inducida por clozapina y por las muestras de pacientes relativamente pequeñas. No obstante, dados los abundantes datos que sugieren la existencia de una relación entre los alelos HLA y este importante efecto adverso, la realización de nuevos estudios de investigación en este sentido podría tener implicaciones clínicas importantes.

Finalmente, tal como ya se ha señalado, la recidiva tras la falta de cumplimiento terapéutico por parte del paciente constituye una limitación crítica en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia. Los abordajes de genética molecular pueden ser útiles para proporcionar medios de identificación de los pacientes con un riesgo especialmente alto de sufrir una recidiva rápida tras la interrupción de la medicación. En un estudio preliminar realizado sobre 41 pacientes con esquizofrenia, nuestro grupo observó que el genotipo del transportador de la serotonina permitía predecir una recidiva rápida tras la interrupción de la medicación antipsicótica (46). El 56 % (9/16) de los pacientes homocigotos para el alelo largo (2) de un polimorfismo del transportador de la serotonina (5-HTTLPR) mostró un incremento significativo de la sintomatología psicótica a lo largo de las 4 semanas siguientes a la interrupción de la medicación, en comparación con el 16 % (4/25) de los pacientes que presenta-

ban los otros dos genotipos (Is y ss). Estos datos preliminares sugieren que es posible utilizar técnicas de genética molecular para proporcionar información individualizada de riesgo-beneficio a los pacientes con esquizofrenia y, quizá, para ofrecer también formas específicas de intervención en los pacientes con riesgo mayor de recidiva.

Dado el aumento en el interés por la genética molecular, muchos grupos de investigación universitarios y del ámbito industrial están realizando en la actualidad estudios de farmacogenética. En la próxima generación de estudios de investigación se va a utilizar un número muy superior de genes y de PNU, de manera que, junto con las consiguientes reducciones en los costes del establecimiento de los genotipos, pronto puede ser factible la posibilidad de realizar estudios de detección en grandes porciones del genoma respecto a los genes que influyen en la respuesta frente a los agentes antipsicóticos. Los resultados positivos pueden facilitar la producción de pruebas diagnósticas que permitan la individualización del tratamiento o que puedan indicar la existencia de sustratos moleculares subyacentes en relación con la eficacia antipsicótica, ofreciendo así nuevos objetivos para el desarrollo de los medicamentos antipsicóticos.

*World Psychiatry 2003; 2: 81-86*

## Bibliografía

- Leucht S, Pitschel-Walz G, Abraham D et al. Efficacy and extrapyramidal side-effects of the new antipsychotics olanzapine, quetiapine, risperidone, and sertindole compared to conventional antipsychotics and placebo. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Schizophr Res* 1999;35:51-68.
- Geddes J, Freemantle N, Harrison P et al. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. *Br Med J* 2000;321:1371-6.
- Kinon BJ, Kane JM, Johns C et al. Treatment of neuroleptic resistant schizophrenic relapse. *Psychopharmacol Bull* 1993;29:309-14.
- Kane JM, Honigfeld G, Singer J et al. Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic: a double-blind comparison versus chlorpromazine/benzotropine. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:789-96.
- Wahlbeck K, Cheine M, Essali MA. Clozapine versus typical neuroleptic medication for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000;CD000234.
- Chakos M, Lieberman J, Hoffman E et al. Effectiveness of second-generation antipsychotics in patients with treatment-resistant schizophrenia: a review and meta-analysis of randomized trials. *Am J Psychiatry* 2001;158:518-26.
- Meltzer HY, Alphas L, Green et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePt). *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:82-91.
- Keefe RS, Silva SG, Perkins DO et al. The effects of atypical antipsychotic drugs on neurocognitive impairment in schizophrenia: a review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 1999;25:201-22.
- Kramer JA, Rosenheck R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatr Serv* 1998;49: 196-201.
- Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull* 1997;23:637-51.
- Dolder CR, Lacro JP, Dunn LB et al. Antipsychotic medication adherence: is there a difference between typical and atypical agents? *Am J Psychiatry* 2002;159:103-8.
- Mahmoud RA, Engelhart LM, Oster G et al. Risperidone versus conventional antipsychotics: a prospective randomized naturalistic effectiveness trial of outcomes in chronic schizophrenia. Presented at the American College of Neuropsychopharmacology Annual Meeting. Kamuela. December 1997.
- Kemp R, Kirov G, Everitt B et al. Randomized controlled trial of compliance therapy: 18 month follow up. *Br J Psychiatry* 1998; 172:413-9.
- Glazer W, Kane JM. Depot neuroleptic therapy: an underutilized treatment option. *J Clin Psychiatry* 1992;53:426-33.
- Walburn J, Gray R, Gournay K et al. Systematic review of patient and nurse attitudes to depot antipsychotic medication. *Br J Psychiatry* 2001;179:300-7.
- Kane JM, Eerdeken M, Lindenmayer J-P et al. Long-acting injectable risperidone: efficacy and safety of Risperdal Consta. A long acting injection risperidone formulation. Presented at the American College of Neuropsychopharmacology Annual Meeting, Waikoloa, December 2001.
- Siegel SJ, Winey K, Lenox RH et al. A surgically implantable long term antipsychotic delivery system. Presented of the American College of Neuropsychopharmacology Annual Meeting, San Juan, December 2000.
- Lawler CP, Prioleau C, Louis MM et al. Interactions of the novel antipsychotic aripiprazole (OPC-14597) with dopamine and serotonin receptor subtypes. *Neuropsychopharmacology* 1999;20:612-67.
- Kane JM. Efficacy and safety of aripiprazole and haloperidol vs placebo in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry*, in press.
- Bristow LJ, Kramer MS, Kulagowski J et al. Schizophrenia and L-745,870, a novel dopamine-D4 receptor antagonist. *Trends Pharmacol Sci* 1997;18:186-8.
- Schmidt CJ, Sorenson SM, Kehne JH et al. The role of 5-HT2A receptors in antipsychotic activity. *Life Sci* 1995;56:2209-22.
- Meltzer HY. Pre-clinical pharmacology of atypical antipsychotic drugs: a selective review. *Br J Psychiatry* 1996;168(Suppl. 29): 23-31.
- Carlsson A. Focusing on dopaminergic stabilizers and 5-HT2A receptor antagonists. *Curr Opin CNS Invest Drugs* 2000;2:22-4.
- Cummings JL, Back C. The cholinergic hypothesis of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 1998;6:S64-S78.
- Sauerberg P, Jeppesen L, Olesen PH et al. Muscarinic agonists with antipsychotic-like activity: structure-activity relationships of 1,2,5-thiadiazole analogues with functional dopamine antagonist activity. *J Med Chem* 1998;41:4378-84.
- Javitt DC, Zukin SR. Recent advances in the phencyclidine model of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1991;148:1301-8.
- Javitt DC, Zylberman I, Zukin SR et al. Amelioration of negative symptoms in schizophrenia by glycine. *Am J Psychiatry* 1994;151: 1234-6.
- Goff DC, Tsai G, Manoach DS et al. D-cycloserine added to clozapine for patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996; 153:1628-30.
- Malhotra AK, Goldman D. Benefits and pitfalls encountered in psychiatric genetic association studies. *Biol Psychiatry* 1999;45: 544-50.
- Risch N, Merikangas K. The future of genetic studies of complex human diseases. *Science* 1996;273:1516-7.
- Risch N, Teng J. The relative power of family-based and case-control designs for linkage disequilibrium studies of complex human diseases I. DNA pooling. *Genome Res* 1998;8:1273-88.
- Straub RE, Jiang Y, MacLean CJ et al. Genetic variation in the 6p22.3 gene DTNBP1, the human ortholog of the mouse dysbindin gene, is associated with schizophrenia. *Am J Hum Genet* 2002;71:337-48.
- Kotani Y, Nishimura Y, Maeda H et al. B2-adrenergic receptor polymorphisms affect airway responsiveness to salbutamol in asthmatics. *J Asthma* 1999;36:583-90.
- Drazen JM, Yandava CN, Dube L et al. Pharmacogenetic associ-

- ation between ALOX5 promoter genotype and the response to anti-asthma treatment. *Nature Genet* 1999;22:168-70.
35. Malhotra AK, Goldman D, Ozaki N et al. Lack of association between polymorphisms in the 5-HT<sub>2A</sub> receptor gene and the antipsychotic response to clozapine. *Am J Psychiatry* 1996;153:1092-4.
  36. Masellis M, Basile VS, Ozdemir V et al. Pharmacogenetics of antipsychotic treatment: lessons learned from clozapine. *Biol Psychiatry* 2000;47:252-66.
  37. Arranz MJ, Munro K, Birkett J et al. Meta-analysis of studies on genetic variation in 5-HT<sub>2A</sub> receptors and clozapine response. *Schizophr Res* 1998;32:93-9.
  38. Lundstrom K, Turpin MP. Proposed schizophrenia-related gene polymorphism: expression of the Ser9Gly mutant human dopamine D<sub>3</sub> receptor with the Semliki Forest Virus System. *Biochem Biophys Res Comm* 1996;225:1068-72.
  39. Andreassen OA, MacEwan T, Gulbrandesen A-K et al. Non-functional CYP2D6 alleles and risk for neuroleptic-induced movement disorders in schizophrenic patients. *Psychopharmacology* 1997;131:174-9.
  40. Kapitany T, Meszaros K, Lenzinger E et al. Genetic polymorphisms for drug metabolism (CYP2D6) and tardive dyskinesia in schizophrenia. *Schizophr Res* 1998;32:101-6.
  41. Ohmori O, Suzuki T, Kojima H et al. Tardive dyskinesia and debrisoquine 4-hydroxylase (CYP2D6) genotype in Japanese schizophrenics. *Schizophr Res* 1998;32:107-13.
  42. Odzemir V, Basile VS, Masellis M et al. Pharmacogenetic assessment of antipsychotic-induced movement disorders: contribution of the dopamine D<sub>3</sub> receptor and cytochrome P450 1A2 genes. *J Biochem Biophys Methods* 2001;47:151-7.
  43. Basile VS, Odzemir V, Masellis M et al. A functional polymorphism of the cytochrome P450 1A2 (CYP1A2) gene: association with tardive dyskinesia in schizophrenia. *Mol Psychiatry* 2000;5:410-7.
  44. Lieberman JA, Yunis J, Egea E et al. HLA-B38, DR4, DQw3 and clozapine-induced agranulocytosis in Jewish patients with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:945-8.
  45. Yunis JJ, Corzo D, Salazar M et al. HLA associations in clozapine-induced agranulocytosis. *Blood* 1995;86:1177-83.
  46. Malhotra AK. Pharmacogenetics and schizophrenia: clinical implications. *Pharmacogenom J* 2001;1:109-14.

# La psiquiatría y el hospital general en una época de incertidumbre

DON R. LIPSITT

Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, Mass., USA

*Los hospitales generales han desempeñado un papel ilustre en la evolución de la psiquiatría. Han proporcionado un terreno fértil para el crecimiento de las unidades psiquiátricas de hospitalización, de la psiquiatría de enlace, de la medicina psicosomática, de las unidades de medicina psicosomática, de las consultas ambulatorias de psiquiatría, de los servicios psiquiátricos de urgencia y de todo el espectro de recursos necesarios para las personas de las comunidades en las que están localizados. En algunos aspectos, y tanto si estaban afiliados a las universidades como si no, los hospitales generales han actuado como pequeños centros universitarios para la formación de los profesionales de la salud. En el ámbito del hospital general, la psiquiatría ha tenido las oportunidades de establecer contacto con la medicina y de quedar integrada en la corriente principal de la misma. No obstante, las tendencias recientes en la asistencia sanitaria están incrementando el riesgo de que se pierdan estos logros. La asistencia gestionada ha dado lugar a un impacto profundo sobre la forma con la que se practica, se enseña y se financia la psiquiatría. Los problemas relacionados con la contención de los costes han planteado la duda de si el hospital general va a seguir siendo el contexto mejor y más económico para la ubicación de los servicios de psiquiatría. Si se pierde la primacía del paciente, el papel que pueda desempeñar la psiquiatría en el ámbito del hospital general va a sufrir una gran incertidumbre. La necesidad de salvaguarda de los logros alcanzados por la psiquiatría debe constituir una iniciativa a nivel mundial.*

**Palabras clave:** psiquiatría en el hospital general, unidades de psiquiatría, psiquiatría de enlace, integración, asistencia gestionada

El hospital general ha desempeñado un papel clave en la historia de la psiquiatría, pero los cambios económicos, políticos e ideológicos que han tenido lugar en la actualidad hacen incierta la predicción acerca de su papel en el futuro. En este artículo, los objetivos han sido: a) revisar la historia de la introducción de la psiquiatría en el ámbito del hospital general, y describir las modificaciones que han tenido lugar durante el pasado siglo en el papel que ha desempeñado el hospital general en la psiquiatría; b) examinar la situación actual de la psiquiatría en el hospital general, en comparación con su situación en los decenios anteriores, y c) evaluar los programas, las perspectivas y las líneas futuras para el siglo XXI.

## REVISIÓN HISTÓRICA

El primer hospital general inglés en el que se inició la asistencia de los «locos» fue el Guy's Hospital de Londres, en 1728 (1). En Estados Unidos, un hospicio cuáquero, que posteriormente se convirtió en el Philadelphia General Hospital, atendía ya a los «locos» a principios del siglo XVIII, y fue seguido poco después, en 1755, por el Pennsylvania Hospital, cuyo socio fundador designó un cierto número de camas «para la curación y tratamiento de los locos» (2). Con toda probabilidad, había otros hospitales generales que ofrecían un refugio seguro para algunos pacientes con enfermedades mentales, pero posiblemente se debía más a que no tenían otro remedio que a que se hubiera planificado de esa manera. En la mayor parte de los

hospitales no hubo una presencia psiquiátrica evidente hasta bien avanzado el siglo XX.

Mientras tanto, durante el siglo XIX, se empezaron a construir manicomios de gran tamaño para la «asistencia» (o dicho de una manera más vergonzosamente correcta, para el «almacenamiento») de los enfermos mentales (3). Los psiquiatras o «alienistas» vivían en el propio hospital y ejercían en estos centros que generalmente estaban situados lejos de las grandes ciudades y de la mayor parte de la población. Los tratamientos eran muy primitivos o inexistentes. Ésta era la situación de la asistencia psiquiátrica en Estados Unidos a principios del siglo XX.

Hasta 1902 no se introdujo la psiquiatría en un hospital general norteamericano. En esta fecha, se inauguró un «pabellón» de 12 camas designado por James Mosher en el Albany General Hospital (Nueva York) (4), diseñado para la atención de los pacientes psiquiátricos agudos que requerían la clasificación de su proceso, para el tratamiento de los drogadictos y para la atención urgente de los cuadros de delirio y de «formas súbitas y a menudo peligrosas de trastornos mentales que tenían lugar en el transcurso de las enfermedades generales o después del shock asociado a las intervenciones quirúrgicas y a la anestesia»; esta última función puede haber sido anterior al comienzo formal de la psiquiatría de enlace (PE). Mosher consideró que era mejor la introducción de la psiquiatría en el hospital general, más que la realización de los tratamientos en los hogares de los pacientes, en instituciones privadas o en es-

tablecimientos de tipo carcelario como los hospitales psiquiátricos.

Con esta entrada formal de la psiquiatría en el hospital general comenzó un período definido por Lipowski (5) como «uno de los avances más importantes en la historia de la psiquiatría». Gradualmente, aumentó el número de unidades de psiquiatría establecidas en los hospitales generales. Atraídos de nuevo por la «corriente principal de la medicina» (6), muchos psiquiatras dejaron los manicomios por el hospital general y comenzaron a considerar su trabajo de una manera diferente. En el hospital general, los psiquiatras podían trabajar con otros médicos y profesionales de enfermería y, aunque el estigma asociado a lo psiquiátrico seguía siendo una barrera importante para la colaboración, todos estos profesionales comenzaron a trabajar más cómodamente entre sí.

En la década de 1930 se produjo un avance importante en la psiquiatría ubicada en el hospital general, atribuido principalmente al compromiso de Alan Gregg (7), un internista que ejercía el cargo de director de la Medical Sciences Division de la Rockefeller Foundation. Dado su interés por la medicina integrada, Gregg fue capaz de conseguir financiación directa para distintos proyectos en hospitales generales estadounidenses, estableciendo una base para el desarrollo rápido de la psiquiatría en los hospitales generales en Estados Unidos. El número de unidades de psiquiatría en los hospitales generales aumentó desde aproximadamente 10, a finales del decenio de 1920, hasta 153, a mediados y finales del decenio de 1930,

alcanzando su nivel máximo en 1998 con una cifra de aproximadamente 1.700 unidades (8). La iniciativa filantrópica de Gregg también estableció las bases para la expansión inicial de los programas de PE. Interesados en estos nuevos avances, los profesionales destacados de la psiquiatría norteamericana establecieron una predicción hacia la descentralización desde la asistencia psiquiátrica hospitalaria hasta los hospitales generales locales (9). Las ventajas eran numerosas: los pacientes podían ser atendidos en un contexto más humano, disminuía el estigma psiquiátrico cuando este tipo de atención se realizaba en el ámbito del hospital general, y los pacientes podían estar cerca de su familia y de su comunidad, de manera que podían recibir su apoyo y presentar una rehabilitación más rápida.

Estas predicciones tardarían al menos 30 años más en comenzar a ser una realidad. Con el planteamiento de objeciones a la calidad de la asistencia proporcionada en los manicomios, la introducción rápida de los tratamientos psicofarmacológicos, la descentralización y el movimiento comunitario de la salud mental contribuyeron a una migración de los pacientes desde los hospitales psiquiátricos hasta los hospitales generales y los centros comunitarios durante los decenios de 1950 y 1960 (10).

Algunos especialistas han considerado que el término de «psiquiatría en el hospital general» es equivalente a un concepto limitado a la presencia de camas psiquiátricas en estos hospitales, pero el crecimiento que ha tenido la psiquiatría en los hospitales generales no sólo se ha referido al número de camas (11). Durante los años posteriores, tuvo lugar un desarrollo sólido de otros servicios psiquiátricos localizados en el contexto del hospital general: consultas ambulatorias, servicios de PE, servicios de psiquiatría de urgencia, programas parciales de día y de noche, servicios psiquiátricos infantiles, consultas de psicofarmacología, consultas ambulantes, programas de modificación de conducta, programas para drogadictos, asistencia psiquiátrica geriátrica y otros programas especiales (12).

Algunos expertos (13) observaron que la localización de las unidades de hospitalización en el hospital general permitía la expansión de los programas de PSE con una rapidez mayor (14). Sin embargo, ciertamente han existido programas de PSE excelentes en contextos en los que no había unidades de hospitalización. De hecho, Bibring (15), que fue uno de los pioneros de la psiquiatría en el hospital general, se opuso a la implantación de camas psiquiátricas en el hospital debido a la creencia de que su presencia podía alentar a los médicos a transferir la responsabilidad

de sus pacientes, socavando de esta manera la influencia que tenían los psiquiatras en el contexto de la enseñanza debido a la ausencia de camas. El debate sobre la idoneidad de las unidades de hospitalización psiquiátricas en el hospital general ha persistido (16).

El crecimiento de los servicios de PE en los hospitales generales se ha visto bien documentado desde su inicio formal en 1929, atribuido a Henry (17). La larga tradición de la psiquiatría respecto a intentar su propia reintegración en la medicina pareció potenciada por el desarrollo de unidades psiquiátricas de hospitalización y de servicios de PE a lo largo del siglo xx (18). En efecto, hace casi 30 años, Lipowski escribió de manera optimista: «la vuelta de la psiquiatría a la corriente dominante de la medicina ha acelerado las modificaciones en la educación médica y en el tratamiento de los enfermos en la dirección de una medicina más global» (19). El optimismo de esta afirmación queda matizado por el recorte de financiación llevado a cabo por las agencias federales, que dejó a la PE y a otros programas psiquiátricos a merced del soporte económico administrativo o proporcionado por terceras partes. En cualquier caso, y a pesar de las grandes dificultades que ha tenido, la PE ha perseverado y ha crecido durante los años posteriores hasta representar un componente principal de la psiquiatría en el hospital general. Como reflejo de este gran interés, la revista *General Hospital Psychiatry* definió el alcance de la PE en su primer número de 1979 como «la construcción ... de servicios de enlace y de psiquiatría que han florecido en el hospital general ... para aportar nuevas contribuciones al conocimiento y tratamiento de las enfermedades en los contextos hospitalario, ambulatorio y comunitario» (20).

En el siglo xx tuvieron lugar otros avances que contribuyeron al crecimiento general de la psiquiatría en los hospitales generales, quizá de manera menos visible que la evolución de las unidades psiquiátricas de hospitalización y que la PE. Estos otros avances fueron los que se citan a continuación.

*La «psiquiatría de sentido común» de Adolf Meyer.* Meyer se dio cuenta de que sus colegas ajenos al mundo de la psiquiatría no podían aplicar fácilmente los conceptos psicoanalíticos a los pacientes que atendían diariamente en su práctica médica o quirúrgica. Este autor propuso una psiquiatría psicobiológica de «sentido común» para contrarrestar lo que consideró el «enfrentamiento inútil entre lo mental y lo físico» tanto a nivel terapéutico como a nivel de educación médica (21). Así, Meyer propuso un contexto en el que podría tener lugar una psiquiatría

más integrada en el ámbito del hospital general.

*Psicoanálisis.* El psicoanálisis no se consideró una parte de la medicina, pero las teorías de Freud acerca del inconsciente en lo relativo a la aparición de los síntomas, así como la interrelación psicodinámica de los trastornos físicos y emocionales, fueron factores relevantes para el conocimiento de las enfermedades y de su tratamiento. La naturaleza de la relación médico-paciente se pudo conocer mucho mejor en el contexto de las teorías de transferencia, contratransferencia y reacción terapéutica negativa. El psicoanálisis contribuyó de otra manera más inesperada: cuando estalló la guerra en Europa, muchos psicoanalistas emigraron a Estados Unidos y ejercieron en grandes hospitales y facultades de medicina, en donde realizaron investigación psicosomática. Sus ricas contribuciones ayudaron a establecer las bases de la medicina psicosomática en Estados Unidos y dieron lugar a que el hospital general fuera considerado como el contexto adecuado para la investigación y la práctica de la medicina de base psicoanalítica.

*Psicofisiología.* La investigación en medicina psicosomática recibió un gran impulso en 1915 debido al trabajo original de Cannon sobre las respuestas corporales de «lucha o huida» frente a los estímulos de amenaza. Durante este mismo año, los experimentos de Pavlov sobre el condicionamiento ofrecieron las herramientas científicas necesarias para estudiar las conexiones entre la mente y el cuerpo. Es aparente la relevancia de ambas líneas de investigación para la resolución de los dilemas mente-cuerpo en la práctica de la psiquiatría que tienen lugar en los hospitales generales.

*La Segunda Guerra Mundial.* Muchos psiquiatras aprendieron a trabajar estrechamente con los cirujanos, los internistas y otros profesionales de la medicina en los campos de batalla y, dada su efectividad en los mismos, alcanzaron un gran reconocimiento tanto desde el ámbito de la medicina como desde el ámbito gubernamental. La American Psychiatric Association creció rápidamente y pasó de tener sólo unos pocos miles de afiliados hasta tener aproximadamente 20.000-25.000. Muchos médicos adquirieron una fuerte conciencia social a partir de los horrores de la guerra. El hospital general se convirtió en el lugar ideal para que los psiquiatras ayudaran a los pacientes con neurosis traumáticas y otros trastornos médico-psiquiátricos, y también para que los internistas con interés por la psiquiatría pudieran introducir programas educativos en los hospitales generales.

*El National Institute of Mental Health (NIMH).* Tras la guerra, el gobierno

federal realizó una importante contribución económica en la salud mental. El NIMH fue el primer instituto constituido, y se implantaron programas de formación en psiquiatría en prácticamente todas las facultades de medicina del país. Al percibir la aplicación de la «psiquiatría de guerra» a la asistencia sanitaria de urgencia, preventiva y comunitaria, el gobierno federal aportó una financiación generosa para la formación de especialistas en psiquiatría, la realización de programas de residencia y la implantación de servicios de PE en los hospitales generales. Los programas eran controlados de manera regular para garantizar su contenido educativo de calidad alta; se aumentó la formación en psicoterapia y en los tratamientos a largo plazo. Esta fase de desarrollo de la psiquiatría en el hospital general puede ser considerada adecuadamente como su apogeo.

*Psicofarmacología y desinstitucionalización.* A mediados del decenio de 1950, la oposición moral al «almacenamiento» de los pacientes en las instituciones psiquiátricas clásicas dio lugar a un movimiento en Estados Unidos dirigido hacia el cierre o al menos hacia la reducción de los grandes hospitales psiquiátricos estatales. Los hospitales estatales ya habían empezado a contemplar al hospital general como la instalación sanitaria ideal cuando empezaron a hacer su aparición los psicofármacos en la década de 1950, lo que hizo posible que muchos de los pacientes crónicos fueran dados de alta hacia su hogar o hacia establecimientos de carácter residencial en la comunidad. Por desgracia, este movimiento se inició antes del comienzo del movimiento correspondiente a la asistencia mental comunitaria, de manera que muchos pacientes mantenían su enfermedad y carecían de hogar, por lo que fueron devueltos a los hospitales estatales o encarcelados en prisiones.

*El movimiento de la salud mental comunitaria.* Cuando el presidente John Kennedy firmó la Community Mental Health Centers Construction Act en 1963, el hospital general, como catalizador de los programas comunitarios, se convirtió en el recurso asistencial principal para el tratamiento, el mantenimiento y el seguimiento de los pacientes que habían recibido el alta en los hospitales psiquiátricos. Se dedicaron recursos financieros adicionales para la creación de camas psiquiátricas en los hospitales generales. Los programas de seguridad social Medicare y Medicaid proporcionaron una ampliación de la cobertura sanitaria relativa a las enfermedades mentales. Aunque los problemas administrativos, políticos y de carácter organizativo dejaban muchos huecos sin cubrir, los pacientes recibieron en general una mayor continuidad del servicio,

la posibilidad de uso de sistemas de apoyo para ayudarles a permanecer en el seno de sus comunidades y el respaldo de la asistencia prestada en el hospital general más cercano a su propio hogar. Este movimiento también permitió la participación de muchos profesionales no médicos, como asistentes sociales, psicólogos y profesionales de enfermería psiquiátrica, de manera que en este nuevo sistema disminuyó la autoridad del psiquiatra. Se planteó la preocupación de que pudiera tener lugar una devaluación de los psiquiatras y de la psiquiatría, lo que tuvo su reflejo en la disminución del número de estudiantes de medicina que eligió la especialidad de psiquiatría.

*Unidades de medicina psicosomática.* Con el incremento en la experiencia de investigación psiquiátrica en el ámbito del hospital general, se hizo evidente que las enfermedades médicas y psiquiátricas eran más a menudo procesos interrelacionados que procesos independientes. En consecuencia, durante las décadas de 1980 y 1990, las unidades psiquiátricas más tradicionales comenzaron a ser complementadas o sustituidas por unidades de medicina psicosomática (22). La revisión de los grupos de pacientes a atender, de los objetivos terapéuticos y de las dotaciones de plantilla en estas unidades influyó en la filosofía asistencial, en los requerimientos estructurales y en la financiación de dichas unidades.

*«Remedicalización» de la psiquiatría.* La psiquiatría ha perseguido durante mucho tiempo su reintegración en la medicina (23). El ámbito del hospital general parecería el lugar más lógico para esta reintegración, aunque para ello ha sido necesaria la superación de numerosos obstáculos. Durante los últimos decenios del siglo xx han aparecido nuevas oportunidades en el horizonte. Los nuevos descubrimientos en neurociencia, inmunología, técnicas de imagen, genética, biología molecular y psicofarmacología han facilitado la aceptación de la psiquiatría en la «corriente principal» de la medicina. Las unidades de hospitalización han superado los conceptos de «comunidad terapéutica» y los modelos de «ambiente», y han adoptado modelos terapéuticos más «médicos» o «somáticos». La evolución de los sistemas estandarizados de diagnóstico psiquiátrico ha contribuido en cierta medida al proceso de remedicalización.

## SITUACIÓN ACTUAL DE LA PSIQUIATRÍA EN EL HOSPITAL GENERAL

Hoy en día, el hospital general proporciona un contexto relativamente seguro para la realización de un gran espectro de

actividades educativas, terapéuticas y de investigación en psiquiatría. Los servicios tradicionales de hospitalización, consulta ambulatoria, urgencias y PE han sido complementados por programas especializados en psiquiatría geriátrica, drogadicción, trastornos de la alimentación, unidades de medicina psicosomática, consultas de psicofarmacología, etc.

En el pasado, el hospital general ha actuado como una pequeña universidad (24) para la formación de médicos, estudiantes de medicina, profesionales de enfermería, asistentes sociales, otros profesionales sanitarios y voluntarios, pero los cambios recientes que han tenido lugar en la asistencia sanitaria han constituido una amenaza para algunas de las funciones esenciales del hospital general.

Quizá sea la asistencia gestionada, introducida hace aproximadamente dos decenios para intentar controlar el incremento de los costes de la asistencia sanitaria, el factor que haya dado lugar a un impacto mayor sobre la psiquiatría del hospital general, originando una serie de cambios y de problemas potenciales (25). Esta corriente de la medicina gestionada ha impuesto normas rigurosas, restricciones, protocolos y programas de reembolso económico sobre los profesionales de la asistencia sanitaria («proveedores»), sobre los pacientes («consumidores») y sobre los propios hospitales. En esta línea, la estancia hospitalaria ha disminuido desde una cifra media de 30 días hace dos decenios hasta una cifra media en la actualidad de 5-7 días. El reembolso efectuado a los hospitales y los médicos ha sufrido un importante «descuento» y ha deteriorado en gran medida la autoridad y el control de los médicos respecto a la asistencia que prestan a sus pacientes. Los médicos han desacreditado las implicaciones morales y éticas de una tendencia que describen como la de un accionista con derecho a beneficios respecto a la atención a los pacientes. Mientras que los reembolsos se realizan según la importancia de la integración de la asistencia, de la continuidad del servicio y de la buena relación coste-efectividad del tratamiento, hasta hace poco tiempo, las compañías de seguro han mostrado su preferencia por el «recorte» de los servicios sanitarios mentales; en este contexto, diversos tratamientos que previamente estaban cubiertos por la póliza general de asistencia médica son realizados actualmente a cargo de otros sistemas, y los gestores intentan reducir los costes económicos manteniendo al mismo tiempo la calidad de la asistencia. Lo que se puede perder en este proceso es el objetivo largamente perseguido de la integración del tratamiento médico y psiquiátrico del paciente en el mismo hospital.

Debido a que las compañías sanitarias de asistencia gestionada obligan a una aprobación de la hospitalización antes de que tenga lugar la misma, en muchos casos los pacientes no pueden acceder a la propia hospitalización. Sólo aquellos pacientes que un evaluador externo considera que están demasiado enfermos o que son demasiado peligrosos para ser tratados en el contexto ambulatorio, son autorizados por las compañías de seguros para ser ingresados en el hospital (26). Aunque las puertas previamente cerradas de los hospitales estatales fueron después abiertas, en la actualidad las unidades de hospitalización de los hospitales generales que antes eran unidades «abiertas» van a cerrarse para acoger a los pacientes «involuntarios».

Las hospitalizaciones breves han dado lugar a lo que se ha denominado el fenómeno de la «puerta giratoria». Los pacientes que previamente tenían una sola hospitalización hasta que mejoraban en grado suficiente como para recibir el alta son en la actualidad enviados a contextos asistenciales menos restrictivos lo antes posible y rehospitalizados siempre que sea necesario. El modelo de ambiente existente en las unidades de hospitalización antiguas, con un objetivo terapéutico psicodinámico, ha sido sustituido por un modelo médico en el que las decisiones son tomadas por el personal de plantilla. El objetivo es la estabilización del paciente más que la eliminación o resolución de sus problemas, mediante el uso intensivo de programas de día y de hospitalización parcial en lugar de la implantación de comunidades terapéuticas residenciales. El impacto que ha tenido lugar sobre la formación y educación de los profesionales ha sido significativo. Dado que las hospitalizaciones son mucho más breves, disminuyen las oportunidades de establecer contacto con los pacientes, se aceleran los tratamientos y se reduce al mínimo la observación de la evolución de la enfermedad.

La medicina gestionada ha introducido numerosos problemas nuevos: legales, éticos, clínicos, económicos y administrativos. Sin embargo, nuestro sistema de psiquiatría en el hospital general se ha aproximado a lo que Mosher había propuesto a comienzos del siglo XX: es un programa de carácter global, poco restrictivo para la mayor parte de los pacientes y de carácter más humano para éstos en comparación con lo que ocurría en las grandes instituciones carcelarias del siglo XIX. En 1998 había en Estados Unidos más de 261.000 camas hospitalarias de psiquiatría, 54.200 de las cuales se encontraban en hospitales generales. A pesar de que los hospitales generales tenían únicamente el 20 % de las camas totales, proporcionaban la asistencia sanitaria de un número

de episodios asistenciales superior al doble del atendido en los hospitales psiquiátricos (8). Además, el hospital general ofrece las posibilidades de evaluación biopsicosocial, de intervención médico-psiquiátrica breve y de tratamiento psicofarmacológico a muchos miles de pacientes no psiquiátricos atendidos en el contexto médico general, tanto hospitalizados como ambulatorios.

La detección de otras patologías, como la drogadicción y las enfermedades médico-psiquiátricas combinadas, constituye una función importante de la PSE. Las consultas psiquiátricas de urgencia, los servicios ambulatorios, los programas dedicados a la drogadicción, los servicios de psiquiatría geriátrica, la evaluación neuropsicológica y los servicios de psiquiatría infantil completan el espectro de los servicios psiquiátricos ofrecidos en el hospital general (28).

#### PROMESAS, PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS PARA LA EL SIGLO XXI

Mientras que lo ya señalado define a la psiquiatría del hospital general en su evolución durante los 100 últimos años en Estados Unidos, el futuro de la asistencia sanitaria mental en todo el mundo se enfrenta a problemas similares con numerosos aspectos de incertidumbre. Existe un gran interés en otros países por el papel que desempeñan los hospitales generales en la red de asistencia mental general, pero la cronología y la intensidad de los avances han presentado grandes variaciones, según los diferentes intereses, actitudes, disponibilidad profesional, necesidades, medios económicos, sistemas de asistencia sanitaria, aspectos culturales, etc. (28-40). Quizá, la experiencia británica sea la más similar a la estadounidense (41). La respuesta italiana tuvo lugar en 1978 con la promulgación de una nueva ley que obligaba al cierre de todos los grandes hospitales psiquiátricos en favor de los hospitales generales como centros para la ubicación de los recursos de salud dental (42). En Japón, todavía se estaban construyendo hospitales estatales grandes cuando en Estados Unidos se empezaron a cerrar estas instituciones (43). En Alemania, debido a sus hospitales exclusivos de medicina psicosomática, no ha existido la necesidad de creación de unidades de medicina psicosomática (44). No obstante, a pesar de todas estas diferencias, parece existir una necesidad universal de integración mayor entre la asistencia sanitaria mental y física, y también hay un grado elevado de consenso en el sentido de que esta integración se puede conseguir de manera más idónea en el hospital general (18).

Sigue existiendo todavía una necesidad importante de investigación en los distintos modelos asistenciales, en las formas mejores de práctica clínica, en los modelos profesionales y en los resultados terapéuticos. Se precisan innovaciones para tener en cuenta la diversidad étnica y cultural, y para la elaboración de programas de salud mental para los refugiados. Las instalaciones terapéuticas para los niños y los adolescentes son lamentablemente inadecuadas, así como también lo son los programas dirigidos hacia el tratamiento de la drogadicción y de las secuelas psicosociales del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). La financiación insuficiente es un problema constante que requiere la creación sostenida de fondos, la educación pública y la aplicación de medidas de creatividad. En una época en la que los presupuestos gubernamentales muestran una reducción continua, el destino de los servicios psiquiátricos ofrecidos en el hospital general depende a menudo del equilibrio presupuestario. Se espera en todo caso que los servicios psiquiátricos «justifiquen» por sí mismos los costes que generan. Algunos departamentos de psiquiatría, atrapados en la red de las graves dificultades financieras hospitalarias, han sido reducidos en gran medida o eliminados por completo.

Aunque la PSE ha demostrado su valor en la asistencia global del paciente, es un servicio bajo amenaza constante debido a sus dificultades de reembolso y de financiación (45). Incluso las unidades de hospitalización de algunos hospitales no han podido escapar a estos recortes. Durante los últimos años, muchos hospitales generales han estado «bajo asedio»; muchos han salido adelante y otros se han quedado en el camino; en algunos casos, los pacientes han sufrido la privación de servicios esenciales. De manera repetida se plantean cuestiones acerca de la localización más adecuada de los servicios de salud central: ¿en la comunidad, en los hospitales generales pequeños o en las instituciones estatales más grandes? (16, 46,47). Hace 40 años, un autor (48) realizó una evaluación del rápido incremento de los hospitales generales entre 1920 y 1960 cuestionando la «certeza absoluta» con la que la psiquiatría era ubicada en los hospitales generales en aquella época; hoy en día se plantean cuestiones similares con una reevaluación constante del modelo más adecuado para los servicios de salud mental (49).

Las iniciativas para unir lo «psíquico» con lo «somático» a lo largo de los años han seguido un difícil camino (50); si queremos que la integración sea adecuada, lo más probable es que tenga que producirse en el contexto médico general, en donde son mayores las oportunidades para un

abordaje biopsicosocial de la medicina (51). Es en el hospital general en donde van a existir más posibilidades de que tenga lugar una asistencia cooperativa entre la psiquiatría y la medicina primaria; la PSE va a desempeñar un papel cada vez más importante a medida que busca nuevas vías de colaboración con los colegas de asistencia primaria en un contexto de sistemas sanitarios de carácter innovador. Con la perspectiva de que la PSE (medicina psicosomática) se convierta en una especialidad reconocida, es posible que se incremente su valoración en el hospital general. Sin embargo, todavía va a ser necesario «promocionarla» en un clima de competitividad, de manera que los administradores, políticos y expertos en política sanitaria puedan apreciar y apoyar el papel esencial que desempeña en la medicina biopsicosocial. Personalmente, creo que cualquiera que sea la forma que adopten en última instancia los servicios de salud mental, el hospital general va a ser clave en su desarrollo (52); van a permanecer algunos aspectos de la psiquiatría del hospital general, mientras que otros se van a modificar de manera permanente. En el futuro, la realización de un análisis económico más detallado puede dar lugar a una redefinición del espectro de instituciones que pueden acoger a los pacientes psiquiátricos agudos y crónicos, dado que no va a existir una «unidad» única que pueda atender de manera adecuada a todos los componentes de esta población de gran heterogeneidad. Mientras que los servicios de hospitalización siguen dependiendo «del dinero» y están sometidos a una planificación «a la baja», las decisiones relativas a la localización y uso de los servicios van a depender en mayor medida de capacidad de los propios servicios para conseguir una financiación mayor en un momento dado que de las necesidades asistenciales de los pacientes. Los psiquiatras deben ser conscientes no sólo de los últimos avances en psiquiatría, medicina y neurociencia sino también de la necesidad de conocer mejor los aspectos «financieros» de su profesión (en efecto, cada vez es más frecuente que los médicos obtengan titulaciones avanzadas en administración de empresas). Podemos decir que el papel que puede desempeñar el hospital general en la provisión de la asistencia sanitaria mental está en fase de evolución (53).

*World Psychiatry 2003; 2: 87-92*

## Bibliografía

- Mayou R. The history of general hospital psychiatry. *Br J Psychiatry* 1989;155:764-76.
- Sederer LI, Katz B, Manschrek TC. Inpatient psychiatry: perspectives from the general, the private and the state hospital. *Gen Hosp Psychiatry* 1984;6:180-90.
- Bachrach LL. General hospital psychiatry: overview from a sociological perspective. *Am J Psychiatry* 1981;138:879-87.
- Mosher JM. The insane in general hospitals. *Am J Insanity* 1900;57:325-9.
- Lipowski ZJ. Holistic-medical foundations of American psychiatry: a bicentennial. *Am J Psychiatry* 1988;138:888-95.
- Hackett TP. The psychiatrist: in the mainstream or on the banks of medicine? *Am J Psychiatry* 1977;134:432-4.
- Summergrad P, Hackett TP. Alan Gregg and the rise of general hospital psychiatry. *Gen Hosp Psychiatry* 1987;9:439-45.
- Statistics from Survey and Analysis Branch, Division of State and Community Systems Development, Center for Mental Health Services, 2000.
- Geller JL. Issues in American psychiatry reflected in remarks of APA presidents. *Hosp Commun Psychiatry* 1994;45:993-1004.
- Bachrach LL. The effects of deinstitutionalization on general hospital psychiatry. *Hosp Commun Psychiatry* 1981;32:786-90.
- Lipsitt DR. General hospital psychiatry: not by beds alone. Presented at the 137th Annual Meeting of American Psychiatric Association, Los Angeles, May 1984.
- Olfson M. The array of psychiatric services in general hospitals. *Gen Hosp Psychiatry* 1993;15:277-83.
- Greenhill MH. Psychiatric units in general hospitals: 1979. *Hosp Commun Psychiatry* 1979;30:169-82.
- Lipowski ZJ. Consultation-liaison psychiatry: the first half century. *Gen Hosp Psychiatry* 1986;8:305-15.
- Bibring GL. Psychiatry and medical practice in a general hospital. *N Engl J Med* 1956;254:366-72.
- Goldman HH, Sharfstein SS. Are specialized psychiatric services worth the higher cost? *Am J Psychiatry* 1987;144:626-8.
- Henry GW. Some modern aspects of psychiatry in general hospital practice. *Am J Psychiatry* 1929;86:481-99.
- Lipsitt DR. From fragmentation to integration: a history of comprehensive patient care. In: Haber JD, Mitchell GE (eds). *Primary care meets mental health: tools for the 21st century*. Tiburon: Centralink Publications, 1997:3-12.
- Lipowski ZJ. Consultation-liaison psychiatry: an overview. *Am J Psychiatry* 1974;131:623-30.
- Lipsitt DR. Psychiatry and the general hospital. *Gen Hosp Psychiatry* 1979;1:1-2.
- Lief A. *The commonsense psychiatry of Adolf Meyer*. New York: McGraw-Hill, 1954.
- Summergrad P. Medical psychiatry units and the roles of the inpatient psychiatric service in the general hospital. *Gen Hosp Psychiatry* 1994;16:1-3.
- Lipsitt DR. The remedicalization of psychiatry. *Medical and health annual*, 1981. Chicago: Encyclopedia Britannica, 1981;291-5.
- Lipsitt DR. The general hospital as a small university. *Jap J Gen Hosp Psychiatry* 1989;1:9-14.
- Sabin JE. General hospital psychiatry and the ethics of managed care. *Gen Hosp Psychiatry* 1995;17:293-8.
- Lansing AE, Lyons JS, Martens LC et al. The treatment of dangerous patients in managed care. *Psychiatric hospital utilization and outcome*. *Gen Hosp Psychiatry* 1997;19:112-8.
- Lefkowitz PM. The continuum of care in a general hospital setting. *Gen Hosp Psychiatry* 1995;17:260-7.
- Frame AH, McInroy DC. Psychiatry in the general hospital. *Scott Med J* 1967;12:284-8.
- Ban TA, Klingner A, Warnes H. Comparing facilities in a psychiatric unit of a general hospital and an admission unit of a psychiatric hospital. *Can Psychiatr Assoc J* 1973;18:159-62.
- Burvill PW. Psychiatric units in general hospitals. *Med J Aust* 1977;2:57-9.
- Maksimowska M, Rut E. Niektóre korzyści ekonomiczne tworzenia oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych. (Economic advantages deriving from attaching psychiatric wards to general hospitals). *Psychiatr Pol* 1977;11:335-7.
- Nomura S, Shigemura J, Nakamura M et al. Evaluation of the first medical psychiatry unit in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 1996;50:305-8.
- Scheytt D, Kaiser P, Priebe S. Behandlungsdauer und Fallkosten in unterschiedlichen stationären psychiatrischen Einrichtungen in Berlin. (Duration of treatment and case cost in different inpatient psychiatric facilities in Berlin). *Psychiatr Prax* 1996;23:10-4.
- Barbato A. Psychiatry in transition: outcomes of mental health policy shift in Italy. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1998;32:673-9.
- Bocker FM. Der Beitrag psychiatrischer Abteilungen zur Umgestaltung der stationären Versorgung: Das Beispiel Sachsen-Anhalt. (Contribution of psychiatric departments to restructuring inpatient management: the Saxony-Anhalt example). *Psychiatr Prax* 1998; 25:179-82.
- Burti L. Italian psychiatric reform 20 plus years after. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104(Suppl. 410):41-6.
- De Jonge P, Huyse FJ, Herzog T et al. Referral patterns of neurological patients to psychiatric consultation-liaison services

- in 33 European hospitals. *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23:152-7.
38. Hildebrandt LM, Alencastre MB. A insercao da psiquiatria no hospital geral. (The integration of psychiatry services in the general hospital). *Rev Gaucha Enferm* 2001;22:167-86.
  39. Botega NJ. Psychiatric units in Brazilian general hospitals: a growing philanthropic field. *Int J Soc Psychiatry* 2002;48:97-102.
  40. Gebhardt RP, Schmidt-Michel PO. Anlasse zur Krankenhausbehandlung psychisch Kranker vor und nach der Eroffnung einer Satellitenstation. (Reasons for hospital treatment of psychiatric patients before and after the opening of a satellite ward). *Fortschr Neurol Psychiatrie* 2002;70:192-7.
  41. Freeman HL. The general hospital and mental health care: a British perspective. *Milbank Q* 1995;73:653-76.
  42. De Salvia D, Barbato A. Recent trends in mental health services in Italy: an analysis of national and local data. *Can J Psychiatry* 1993;38:195-202.
  43. Kudo Y. Psychiatric service in the general hospital in Japan. *Int Soc Psychiatry* 1970;16:216-20.
  44. Von Rad M, Sellschopp A. The integrated psychosomatic inpatient unit. A new approach to hospital medical care. *Psychother Psychosom* 1987;48:101-9.
  45. Lipowski ZJ. Consultation-liaison psychiatry: past failures and new opportunities. *Gen Hosp Psychiatry* 1979;1:3-10.
  46. Mechanic D. The future of inpatient psychiatry in general hospitals. *New Dir Ment Health Serv* 1997;73:103-8.
  47. Goldberg RJ. Financial management challenges for general hospital psychiatry 2001. *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23:67-72.
  48. Schulberg HC. Psychiatric units in general hospitals: boon or bane? *Am J Psychiatry* 1963;120:30-6.
  49. Morreim EH. The new economics of medicine: special challenges for psychiatry. *J Med Philos* 1990;15:97-119.
  50. Lipsitt DR. Psyche and soma: struggles to close the gap. In: Menninger RW, Nemiah JC (eds). *American psychiatry after World War II: 1944-1994*. Washington: American Psychiatric Press, 2000:152-86.
  51. Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Gen Hosp Psychiatry* 1979;1:156-65.
  52. Lipsitt DR. General hospital psychiatry: looking toward the 21st century. In: Matsushita M, Fukunishi I (eds). *Cutting edge medicine and liaison psychiatry*. Amsterdam: Elsevier, 1999:231-9.
  53. Lipsitt DR, Summergrad P. General hospital psychiatry: the dawn of a new century. *Psychiatric Times* 1994 (Dec):18-20.

## La psiquiatría de enlace en el mundo

FRANCIS CREED

School of Psychiatry and Behavioural Sciences,  
Rawnsley Building, Manchester Royal Infirmary,  
Oxford Road, Manchester M13 9WL, UK

Don Lipsitt realiza una revisión histórica de la psiquiatría en el hospital general estadounidense, y concluye con una nota de precaución que refleja las importantes dificultades de financiación a las que se han enfrentado los psiquiatras de enlace (PE) en Estados Unidos a lo largo de los últimos años. ¿Cuál ha sido la relevancia de este proceso en el resto del mundo?

La evidencia respecto a la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en todo el mundo es ahora más clara que nunca. Por ejemplo, en Australia, el Reino Unido y Estados Unidos, los estudios de poblaciones indican que el 20-27 % de los adultos ha sufrido durante el último año algún trastorno afectivo, de ansiedad o relacionado con sustancias, mientras que el 0,4 % ha padecido un cuadro de psicosis (1). Sólo una minoría de estas personas recibe tratamiento psiquiátrico específico, lo que refleja el hecho de que la mayor parte de estos pacientes acude a hospitales de medicina general en los que es posible que los trastornos psiquiátricos no sean diagnosticados ni tratados (2). En los países en vías de desarrollo, es mucho mayor la prevalencia de trastornos depresivos y psiquiátricos de otro tipo, y, sólo una mínima proporción de estos pacientes recibe tratamiento (3). En la mayor parte de los países, la fuente principal de asistencia sanitaria es la medicina primaria y, en un estudio de carácter global efectuado por la Organización Mundial de la Salud, se ha confirmado que la depresión, la ansiedad, la neurastenia y el alcoholismo constituyen los trastornos más frecuentes en este contexto (2). Estos cuadros psiquiátricos están muy relacionados con la presencia de enfermedades físicas y ejercen un efecto profundo sobre el rendimiento laboral de los pacientes.

En oposición a esto, el desarrollo que han tenido los servicios de psiquiatría en muchos países no ha estado guiado por estos principios epidemiológicos. Se ha hecho un gran hincapié en los servicios psiquiátricos para los pacientes con

esquizofrenia y otras enfermedades psiquiátricas graves, y el hospital psiquiátrico ha dominado todo este tipo de servicios durante el último siglo. Este hincapié en los servicios prestados a los pacientes con enfermedades mentales graves sigue existiendo en muchos países occidentales, a expensas de la PE en los países en los que esta especialidad está más desarrollada, sobre todo en Estados Unidos. En otros muchos países en los que la PE no ha tenido un desarrollo previo, esta especialidad está intentando abrirse paso frente a la tendencia actual a la provisión de servicios comunitarios intensivos a través de centros de salud mental comunitarios más que a través del hospital general.

En este contexto, el futuro de los servicios de la PE puede parecer sombrío, pero hay que considerar todavía otro tipo de evidencia que está influyendo de manera gradual en los especialistas en planificación de los servicios médicos generales. Los estudios que indican la necesidad no satisfecha de tratamientos psiquiátricos para los pacientes atendidos en los hospitales generales se acompañan cada vez más de la evidencia de que realmente existen tratamientos efectivos. En un estudio europeo de gran envergadura, se demostró que los servicios de la PE se desarrollan todavía en función de la energía y capacidad de persuasión de los psiquiatras individuales que practican esta especialidad, y no tanto por las necesidades reales (4). Se están publicando estudios en los que se recomienda el desarrollo de servicios mejores de PE financiados por los servicios médicos de urgencia (5).

El desarrollo de los servicios de PE debería ser fomentado por la creciente importancia otorgada a los aspectos económicos de la salud y a la relación coste-efectividad. Las enfermedades psiquiátricas, sobre todo los trastornos depresivos y de ansiedad, así como la neurastenia, alteran la calidad de vida relacionada con la salud y dan lugar a un incremento importante de los costes de la asistencia sanitaria (6,7). Los estudios relativos a la relación coste-efectividad que demuestran las ventajas del desarrollo de tratamientos psiquiátricos en la medicina de nivel primario (8,9) se están llevando a cabo actualmente en pacientes atendidos en hos-

pitales generales con un efecto igualmente beneficioso (10). La importancia de estos estudios para la PE radica en el hecho de que estos resultados sólo se pueden alcanzar si los tratamientos psiquiátricos se realizan en el lugar al que acuden los pacientes, dado que estos pacientes no van a ir a centros especializados de tratamiento psiquiátrico.

A medida que aumentan nuestros conocimientos sobre las bases biológicas y sociales de las enfermedades psiquiátricas más frecuentes, es cada vez más convincente la evidencia que apoya la provisión de la asistencia psiquiátrica apropiada en el contexto de la asistencia médica general. En un momento en el que la medicina basada en la evidencia está empezando a influir en la planificación sanitaria, también podemos observar el crecimiento de los servicios de la PE, aunque éstos posiblemente van a estar relacionados de manera más estrecha con la asistencia primaria que con la asistencia prestada en los hospitales generales, como ha ocurrido hasta el momento. Según la conclusión de Lipsitt, la psiquiatría de enlace está avanzando.

### Bibliografía

1. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. *Br J Psychiatry* 2001;178:145-53.
2. Ustun TB, Sartorius N. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: Wiley, 1995.
3. Husain N, Creed F, Tomenson B. Depression and social stress in Pakistan. *Psychol Med* 2000;30:395-402.
4. Huyse F, Herzog T, Lobo A et al. Consultation-liaison psychiatric service delivery: results from a European study. *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23:124-32.
5. Royal Colleges of Physicians and Psychiatrists. *The psychological care of medical patients*. London: Royal College of Physicians, 2003.
6. Creed F, Morgan R, Fiddler M et al. Depression and anxiety impair health-related quality of life and are associated with increased costs in general medical inpatients. *Psychosomatics* 2002;43:302-9.
7. Reid S, Wessely S, Crayford T et al. Frequent attenders with medically unexplained symptoms: service use and costs in secondary care. *Br J Psychiatry* 2002;180:248-53.
8. Simon GE, Manning WG, Katzelnick DJ et al. Cost-effectiveness of systematic depression treatment for high utilizers of general medical care. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:181-7.
9. Patel V, Chisholm D, Rabe-Hesketh S et

al. Efficacy and cost-effectiveness of drug and psychological treatments for common mental disorders in general health care in Goa, India: a randomised, controlled trial. *Lancet* 2003;361:33-9.

10. Creed F, Fernandes L, Guthrie E et al. The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2003; 124:303-17.

y de Simon y cols. (8) han demostrado con gran claridad que en el futuro van a ser necesarios los nuevos (para Estados Unidos) modelos asistenciales que conllevan una red continua de las funciones de prehospitalización/hospitalización/posthospitalización proporcionadas en una estructura y una ubicación flexibles, con integración de la asistencia primaria y aplicación de los principios de tratamiento de casos. La detección de los factores de riesgo para los aspectos psiquiátricos y la complejidad de la asistencia van a constituir una parte importante de este programa. El European Consultation Liaison Workgroup ha desarrollado varios instrumentos apropiados (1,9). Es preciso que la psiquiatría está implicada en la elaboración de normas a todos los niveles. En concreto, se necesita una implicación con los consumidores mucho mayor que la que ha tenido hasta el momento. Finalmente, debe demostrar una evidencia mayor de su eficacia (10).

## Una perspectiva internacional de la psiquiatría de enlace y el hospital general

**GRAEME C. SMITH**

Monash University Department of Psychological Medicine, Monash Medical Center, 246 Clayton Road, Clayton 3168 VIC, Australia

La revisión efectuada por Don Lipsitt y la consideración de la relación existente entre la psiquiatría y el hospital general en Estados Unidos plantean una serie de cuestiones que también están teniendo lugar en otros países, si bien modificadas por las diferencias en la historia y la cultura. Las diferencias en la organización de los servicios sanitarios y en las actitudes hacia los pacientes con trastornos que tienen lugar en la frontera entre lo psíquico y lo somático caracterizan el método y el contexto de la asistencia psiquiátrica que reciben estos pacientes (1). Estas diferencias nos dan la oportunidad de volver a examinar las formas de abordar la comorbilidad física/psiquiátrica y la somatización. La International Organization for Consultation-Liaison Psychiatry (2) se constituyó para facilitar este proceso. Es una organización de tipo «paraguas» en la que caben todos los psiquiatras y médicos especializados en el trabajo clínico, la enseñanza y la investigación sobre la conexión médico-psiquiátrica. Su objetivo es facilitar el desarrollo de este campo en todas las partes del mundo.

Las dificultades identificadas por Lipsitt son de carácter universal. ¿Cómo se pueden superar estos problemas? La conexión entre la medicina y la psiquiatría es una tierra de nadie en cierto modo olvidada por ambas. Es una situación desde la cual resulta difícil poder argumentar y mucho más esperar protección. Sin embargo, existen varios ejemplos de estrategias que han dado lugar a buenos resultados. La Academy of Psychosomatic Medicine estadounidense ha tenido éxito en la presión que ha ejercido para el establecimiento de una serie de criterios para la asistencia integrada. En Australia, una

presión similar también ha tenido éxito en la obtención del reconocimiento de que el National Mental Health Plan daba lugar a la consecuencia no prevista de que las agencias de financiación habían equiparado erróneamente gravedad con diagnóstico en vez de con nivel de necesidad o incapacidad (3).

Los argumentos que se pueden plantear para ejercer una presión en este sentido están relacionados con la prevalencia y la gravedad de los trastornos que tienen lugar en la conexión psíquico-somática, y también con la disponibilidad de tratamientos efectivos que pueden introducir diferencias en los resultados obtenidos sobre la salud general de los pacientes (4). La comorbilidad física/psiquiátrica y la somatización son los formas más frecuentes de presentación psiquiátrica en el ámbito extrahospitalario, y tienen un carácter crónico. Estos trastornos son importantes. La depresión es un factor de riesgo para enfermedades somáticas graves, como la coronariopatía y el accidente cerebrovascular. También incrementa la morbilidad y la mortalidad en los pacientes que ya sufren estas enfermedades. El tratamiento es útil. Las intervenciones psicológicas son muy efectivas en los cuadros de somatización y en los resultados obtenidos en pacientes con coronariopatía, cáncer y diabetes. Los antidepresivos son medicamentos relativamente seguros y efectivos en las personas con enfermedades físicas.

La psiquiatría, con su dependencia del modelo biopsicosocial, debe ser consciente del hecho de que hay otras disciplinas que utilizan paradigmas diferentes y que tienen un interés intenso en el trabajo sobre la conexión entre psique y soma. La complejidad, la centralización de los pacientes, la calidad de vida y la demoralización son algunos de ellos (5,6). La psiquiatría debe aprender a trabajar con los especialistas que utilizan estos paradigmas. Los estudios de Wells y cols. (7)

### Bibliografía

1. Huyse FJ, Herzog T, Malt UF. International perspectives on consultation-liaison psychiatry. In: Wise MG, Rundell JR (eds). *Textbook of consultation-liaison psychiatry*, 2nd ed. Washington: American Psychiatric Press, 2002: 203-233.
2. International Organization for Consultation-Liaison Psychiatry. <http://www.med.monash.edu.au/psychmed/ioclp>.
3. Australian Health Ministers. *Second National Mental Health Plan*. Canberra: Commonwealth of Australia, 1998.
4. Smith GC. The future of consultation-liaison psychiatry. *Aust N Zeal J Psychiatry* (in press).
5. Smith GC, Strain JJ. George Engel's contribution to clinical psychiatry. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2002;36:458-66.
6. Clarke DM, Smith GC, Dowe DL et al. An empirically derived taxonomy of common distress syndromes in the medically ill. *J Psychosom Res* 2003;54:323-30.
7. Wells K, Sherbourne C, Schoenbaum M et al. Impact of disseminating quality improvement programmes for depression in managed primary care: a randomised controlled trial. *JAMA* 2000;283:212-30.
8. Simon GE, von Korff M, Rutter C et al. A randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve depression treatment in primary care. *Br Med J* 2000;320:550-4.
9. Huyse FJ, Lyons JS, Stiefel F et al. Operationalizing the biopsychosocial model. *Psychosomatics* 2001;42:5-13.
10. Borus JF, Barsky AJ, Carbone LA et al. Consultation-liaison offset. Searching for the wrong holy grail. *Psychosomatics* 2000;41:285-8.

# El futuro de la psiquiatría de enlace: ¿prosperará o perecerá?

ULRIK F. MALT

Psykosomatisk Avdeling, Rikshospitalet, N-0027, Oslo, Norway

Las fuentes de información fragmentarias anteriores a 1700 (1) sugieren que los hospitales, en el sentido original de la palabra (es decir, los lugares en los que se acogía a las personas para su reposo y para el «tratamiento» de sus males), han existido durante varios miles de años (2). Los hospitales generales se establecieron en Europa durante el período medieval. La asistencia clínica estaba fundamentada en las teorías de la patología humoral. Los pacientes con enfermedades mentales eran atendidos en cierta medida en dichos hospitales. Así, la «psiquiatría» comenzó formando parte del «hospital general».

Inspirándose en la cultura árabe, en España se constituyeron los primeros «hospitales psiquiátricos» de Europa durante el siglo XVI. A lo largo de los siglos siguientes, el número de instituciones psiquiátricas aumentó rápidamente en Europa y en América, de manera paralela al incremento de los hospitales generales.

Durante el siglo XX, la psiquiatría siguió formando parte de los hospitales generales. Sin embargo, en la mayoría de las culturas, la integración de los problemas mentales en la biomedicina y, por tanto, en los hospitales generales, ha sido lo habitual desde un punto de vista histórico, y no la excepción que puede sugerir un enfoque limitado de la historia de los hospitales del mundo occidental. Así, las principales amenazas para el futuro de la psiquiatría en el hospital general pueden representar principalmente un fenómeno predominantemente occidental.

- La psiquiatría de enlace (PE) es proporcionada generalmente por los residentes de psiquiatría. La ausencia de un conocimiento especial de la relación entre biomedicina, psicología y psiquiatría (3) disminuye la calidad del servicio y puede reducir la aceptación futura de la PE en el hospital general.

- Muchos consultores que realizan servicios de PE se enfrentan a problemas clínicos sobre sus conocimientos teóricos (y limitados). Las evaluaciones realizadas sobre la PE y sobre los grupos de estudio de medicina psicosomática, incluyendo 56 servicios de PE existentes en 11 países europeos (4), han demostrado que el tratamiento prescrito se prescribía por la orien-

tación teórica del especialista en PE y no por el diagnóstico o las necesidades del paciente. Esta incongruencia también se observa en países no europeos. Tal hecho constituye un desastre para la reputación y la aceptación a largo plazo de la psiquiatría en el hospital general.

- En algunos países, las etiquetas de carácter psiquiátrico (p. ej., «trastorno de ajuste») se pueden utilizar por motivos relacionados con el pago económico del servicio (como ocurre en Estados Unidos), en casos en los que la respuesta del paciente es intensa pero dentro de la normalidad. El uso de diagnósticos psiquiátricos por razones de tipo económico o político amenaza la credibilidad y la ética de la PE en el hospital general (5).

- Los gerentes de los hospitales y las compañías de seguros sanitarios hacen hincapié en servicios baratos y a corto plazo que pueden amenazar la ética profesional y los estándares de la PE, así como su continuidad.

- En el futuro, la hospitalización se limitará a los pacientes con necesidad de supervisión médica durante 24 horas. La mayor parte de los pacientes serán atendidos de manera ambulatoria. Esta evolución requiere un abordaje psicosomático que va más allá de la estrecha perspectiva psiquiátrica actual. Se necesita una colaboración más intensa con la medicina de nivel primario (6). Sin embargo, la mayor parte

de los servicios de PE tienen una plantilla muy escasa y están poco preparados para este cambio. Esta realidad también puede debilitar la aceptación futura de la PE.

Será preciso aprobar la PE como una subespecialidad con características específicas. Para superar todos los retos citados, es necesario reforzar la investigación clínica, incluyendo la realización de proyectos cooperativos internacionales de investigación en la línea del estudio apoyado por la unión europea (4).

## Bibliografía

1. Horden P, Smith ES (eds). The year 1000: medical practice at the end of the first millennium. *Social History of Medicine* 13 (special issue), 2000.
2. Risse GB. Mending bodies, saving souls: a history of hospitals. New York: Oxford University Press, 1999.
3. Blomhoff S, Spetalen S, Jacobsen MB et al. Phobic anxiety changes the function of brain-gut axis in irritable bowel syndrome. *Psychosom Med* 2001;63:959-65.
4. Huyse FJ, Herzog T, Lobo A et al. Consultation-liaison psychiatric service delivery: results from a European study. *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23:124-32.
5. Malt UF, Schnyder U, Weisæth L. ICD-10 mental and behavioral consequences of traumatic stress. In: *International review of psychiatry*, Vol. 2. Washington: American Psychiatric Press, 1996:151-76.
6. Malt UF, Nerdrum P, Oppedal B et al. Physical and mental problems attributed to dental amalgam fillings. A descriptive study of 99 self-referred patients compared with 272 controls. *Psychosom Med* 1997;59:32-41.

## La psiquiatría, la medicina psicosomática y el Hospital General en Alemania

ALBERT DIEFENBACHER

Department of Psychiatry and Psychotherapy, Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, Herzbergstrasse 79, D-10365 Berlin, Germany

En muchos países, la integración de los departamentos de psiquiatría en los hospitales generales ha abierto el camino para que la psiquiatría sea una disci-

plina cada vez más tenida en cuenta por los médicos y cirujanos, y también por los pacientes. En este comentario, expondré los distintos aspectos de la relación entre los servicios psiquiátricos y el hospital general en Alemania, y hablaré de las peculiaridades del sistema sanitario alemán, con consideración de la existencia de dos disciplinas distintas existentes en el marco de especialidades de los médicos: la «psiquiatría y psi-

coterapia» y la «medicina psicoterapéutica».

Mientras que en Estados Unidos la formación de los departamentos de psiquiatría como parte de los hospitales generales comenzó ya en la década de 1920, en la República Federal de Alemania los hospitales mentales estatales dieron paso a los departamentos psiquiátricos en los hospitales generales sólo a partir de la década de 1970. El cambio se debió a una investigación efectuada a nivel nacional sobre los servicios de salud, iniciada por la Cámara Baja alemana y denominada «Psychiatrie-Enquête» (1). Su objetivo fue eliminar la segregación y la discriminación de los pacientes psiquiátricos, sobre todo en lo relativo a su tratamiento.

Aparte de iniciar la consideración del alta hospitalaria de los pacientes con enfermedades crónicas desde las instituciones hacia los servicios de salud mental comunitarios, el objetivo global fue la integración de la psiquiatría en el contexto de la medicina. Desde entonces, se ha observado un aumento tremendo en los departamentos de psiquiatría de los hospitales generales, desde sólo unos pocos en 1970 hasta 160 en 2003. Junto a los 150 hospitales psiquiátricos especializados, estos servicios atienden a los pacientes que presentan enfermedades psiquiátricas agudas en Alemania (2,3).

Aunque el énfasis de la Psychiatrie-Enquête fue la desinstitucionalización, también se señalaba que los servicios de psiquiatría de enlace (PE) podrían proporcionar oportunidades de tratamiento mejores en los hospitales generales para los pacientes con enfermedades somáticas y trastornos psiquiátricos asociados. Por ello, se recomendó el establecimiento de un servicio de PE en todos los hospitales grandes para el tratamiento de los pacientes con intentos de suicidio, y se sugirió que la PE podría estar implicada en la prevención primaria de los grupos de riesgo alto, como las víctimas de accidentes, los pacientes atendidos mediante diálisis o los pacientes receptores de trasplantes.

Desde 1990, cuando el número de departamentos de psiquiatría en los hospitales generales superó el nivel de 100, los psiquiatras comenzaron a aproximarse cada vez más hacia los aspectos de la PE. El Lubeck General Hospital Study es un excelente estudio epidemiológico sobre la comorbilidad psiquiátrica que presentan los pacientes con enfermedades somáticas atendidos en los departamentos de medicina interna y de cirugía de los hospitales generales (4). Incluso hoy en día, la integración de la psiquiatría a través de los departamentos de psiquiatría de los hospitales generales, o al menos la colaboración estrecha entre los hospitales

psiquiátricos y los hospitales generales cercanos (5), se considera un estándar asistencial y los servicios de la PE son apreciados tanto por médicos como por cirujanos.

Sin embargo, las cosas no son tan sencillas en Alemania. Una característica muy especial del sistema de especialidades médicas alemán es que hay dos especialidades diferentes cuyo objetivo es la asistencia de los pacientes con alteraciones psicológicas: una de ellas se denomina «psiquiatría y psicoterapia» (psiquiatría), y la otra, que existe desde 1992, se denomina «medicina psicoterapéutica» (medicina psicósomática). Según la experiencia del autor de este artículo, los psiquiatras no alemanes tienen grandes dificultades para comprender esta situación. Por ejemplo, ¿atienden ambos especialistas a grupos diferentes de pacientes? No necesariamente, si consideramos los servicios de la PE psiquiátrica y psicósomática.

Existe un gran solapamiento en la asistencia de los pacientes con sintomatología depresiva, sin que se de ningún mecanismo aceptado para ubicar a los pacientes en un servicio u otro, en el caso de que ambos servicios existan en un mismo hospital; no obstante, ésta no es la situación habitual, debido a que la mayor parte de las camas de medicina psicósomática no están en el sector de la asistencia hospitalaria de agudos, sino en los hospitales de rehabilitación. Sobre todo en los hospitales universitarios, puede haber servicios de PE independientes proporcionados por especialistas en «psiquiatría y psicoterapia» y por especialistas en «medicina psicoterapéutica», con un cociente general de remisiones de al menos 3 a 1. Se ha estimado que el 95 % de los servicios hospitalarios de PE existentes están atendidos por médicos psiquiatras y, debido a una cierta solapamiento, el 20 % lo están por especialistas en medicina psicósomática (6). Han sido controvertidos los planes para incrementar el número de departamentos de medicina psicósomática en los hospitales generales, además de los departamentos de psiquiatría.

En el estudio del European Consultation Liaison Workgroup, un análisis de grupos sobre las variaciones de las características de los pacientes remitidos a los 56 servicios de PE pertenecientes a 11 países europeos, se detectaron dos tipos de provisión de servicios: uno «psicósomático» y otro «psiquiátrico» (7). La aportación de un servicio genuino de medicina psicósomática constituyó una peculiaridad alemana, debido a que en estos servicios prácticamente no se atienden pacientes con autolesiones, a que sólo se atiende un porcentaje muy bajo de pacientes con trastornos relacionados con sustancias y también a un porcentaje muy bajo de pacientes con

síndromes mentales de origen orgánico. Su objetivo principal ha sido el de controlar la sintomatología física no explicada, lo que, por otra parte, también ha sido una función importante de los servicios de PE (8). Los servicios de medicina psicósomática y de psiquiatría presentan diferencias con respecto a la intensidad de prescripción de fármacos psicotrópicos para grupos diagnósticos similares, pero en los pocos estudios de comparación que se han efectuado no se han incluido medidas del nivel de gravedad.

El conocimiento cada vez mayor de la comorbilidad psiquiátrica, especialmente en los pacientes de edad avanzada atendidos en los hospitales generales, ha dado lugar a un interés progresivo por las unidades médico-psiquiátricas en este país. Mientras las plantas de medicina psicósomática en Alemania se localizaban principalmente en centros de rehabilitación en los que había un ingreso limitado de los pacientes con enfermedades genuinamente psicósomáticas, y no en los hospitales de agudos, estas plantas asistenciales no se debían confundir con unidades genuinas de medicina psicósomática. Por otra parte, las plantas de psiquiatría dedicadas a la asistencia de los pacientes de edad avanzada con trastornos psiquiátricos y de los pacientes con trastornos de adicción, de manera similar a las unidades de medicina psicósomática que se conocen en Estados Unidos, se pueden encontrar en hospitales centrales y en hospitales estatales psiquiátricos (2).

Es una esperanza del autor de este artículo que el papel clave que ha desempeñado el hospital general en la mejora de la asistencia de los pacientes con trastornos somáticos y psiquiátricos pueda facilitar en el futuro los abordajes para el tratamiento psiquiátrico-psicósomático combinado, del mismo modo que ocurrió la integración de la psiquiatría en la medicina en épocas anteriores.

## Bibliografía

1. Deutscher Bundestag. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200. Bonn: Heger, 1975.
2. Diefenbacher A. Consultation and liaison psychiatry. In: Helmchen H, Henn F, Lauter H et al (eds). Contemporary psychiatry, Vol. 1. Berlin: Springer, 2000:253-67.
3. Diefenbacher A. Liaison and consultation psychiatry. In: Smelser NJ, Baltes PB (eds). International encyclopedia of the social behavioral sciences. Oxford: Pergamon, 2001:8779-84.
4. Arolt V. Psychische Störungen bei

Krankenhauspatienten - Eine epidemiologische Untersuchung zu Diagnostik, Prävalenz und Behandlungsbedarf psychiatrischer Morbidität bei internistischen und chirurgischen Patienten. Berlin: Springer, 1997.

- Gebhardt RP, Schmidt-Michel PO. An acute psychiatric ward moves into the community. An empirical test of the satellite model. *Nervenarzt* 2002;73:1088-93.
- Huyse FJ, Herzog T, Malt UF. International perspectives on consultation-liaison psychiatry. In: Rundell JR, Wise MG (eds). *The American Psychiatric Press textbook*

of consultation-liaison psychiatry. Washington: American Psychiatric Press, 1996: 228-55.

- Huyse FJ, Herzog T, Lobo A et al. European consultation-liaison services and their user populations: the ECLW collaborative study. *Psychosomatics* 2000;41:330-8.
- Knorr C, Diefenbacher A, Paetzmann S et al. Vergleich eines psychosomatischen und psychiatrischen Konsildienstes zweier Universitätsklinika. In: Peters UH, Schifferdecker M, Krahl A (eds). *150 Jahre Psychiatrie, Vol. 1*. Köln: Martini-Verlag, 1996:634-8.

el debate acerca de la idoneidad de incluir a la psiquiatría en la formación médica, la evidencia relativa a la prevalencia de los trastornos mentales entre las personas con enfermedades somáticas ha sido el argumento más convincente (3). Es de esperar que esta reforma educativa del posgrado contribuya a la difusión de la psiquiatría de enlace y de la psiquiatría del hospital general. Los médicos que no son psiquiatras y que hayan completado un ciclo educativo en psiquiatría van a mejorar la calidad de los hospitales generales debido a que van a poder tratar a sus pacientes desde una perspectiva biopsicosocial. Además, podrán establecer una relación con los psiquiatras que permitirá una discusión franca de muchos aspectos. Esta relación también puede ser muy importante para los psiquiatras que ejercen en los hospitales generales.

## Diez años de retraso en «una época de incertidumbre»

### TAKASHI HOSAKA

Department of Psychiatry and Behavioral Science, Tokai University School of Medicine, Bohseidai, Isehara, Kanagawa 259-1193, Japan

Cuando leí el artículo de Don Lipsitt, pensé que Japón va 10 años retrasado. De manera simbólica, la revista *Japanese Journal of General Hospital Psychiatry* fue publicada inicialmente en 1989, mientras que la revista *General Hospital Psychiatry* lo fue en 1979.

Japón tiene la proporción más elevada de camas psiquiátricas por cada 10.000 personas de todo el mundo. El número total de camas para las personas que sufren enfermedades mentales en Japón es de aproximadamente 340.000, de las cuales, en los hospitales generales, sólo se encuentran aproximadamente 20.000 (5,8 %) (1). En otras palabras, la asistencia mental hospitalaria en Japón depende principalmente de los hospitales psiquiátricos. Según los resultados de una encuesta efectuada por la Japanese Society of General Hospital Psychiatry (JSGHP), en Japón existen 1.163 hospitales generales, de los que 637 (55 %) tienen departamentos de psiquiatría (en 388 hospitales generales sólo hay consultas psiquiátricas ambulatorias, mientras que en 249 también hay camas de psiquiatría) (2).

En el año 2000, la duración media de la hospitalización en las camas psiquiátricas de Japón era todavía de 376,5 días, con una tendencia a la disminución desde 489,6 días en 1990. En los hospitales psiquiátricos, la hospitalización media era de 439,6 días en el año 2000. El Ministerio de Sa-

nidad ha estimado que más de 70.000 de los pacientes que recibieron tratamiento a largo plazo no lo necesitaban. Se supone que muchas de las personas ingresadas en los hospitales psiquiátricos japoneses lo son por razones de tipo social, es decir, pacientes que se mantienen en estas instituciones no por causas médicas sino por causas personales, sociales o ambas. La razón ha sido, en parte, la ausencia de instalaciones residenciales suficientes, como centros de trabajo asistidos y residencias de grupo, que hayan permitido a los pacientes psiquiátricos vivir fuera de los hospitales. Finalmente, el gobierno japonés está intentando reformar el sistema económico de los hospitales y de la asistencia ambulatoria para facilitar los tratamientos extrahospitalarios siempre que sea posible.

En el futuro próximo, hay dos cuestiones importantes a considerar. En primer lugar, la asistencia gestionada va a ser aplicada de manera experimental en los hospitales universitarios a lo largo del año 2003. Creo que esta puede ser una buena oportunidad para plantear la relevancia clínica de la psiquiatría en los hospitales generales. En un elevado número de estudios realizados durante los 10 últimos años en Estados Unidos, se han demostrado las ventajas de la disminución en la duración de la hospitalización, y estos resultados pueden constituir una referencia excelente.

La segunda cuestión es que a partir de 2004, todos los médicos, cualquiera que sea su especialidad, van a recibir formación de psiquiatría durante 1-3 meses a lo largo de sus dos primeros años de residencia. En

### Bibliografía

- Hosaka T, Iwasaki Y. Consultation-liaison psychiatry in Japan. In: Rundell JR, Wise MG (eds). *Textbook of consultation-liaison psychiatry*, 2nd ed. Washington: American Psychiatric Press, 2002:218-20.
- Kurosawa H, Hosaka T. General concepts of consultation-liaison psychiatry in Japan. In: Fukunishi I (ed). *Consultation-liaison psychiatry in Japan*. Basel: Karger, 2001:1-16.
- Hosaka T, Aoki T, Watanabe T et al. Comorbidity of depression among physically ill patients and its effect on the length of hospital stay. *Psychiatry Clin Neurosci* 1999;53:491-5.

## La psiquiatría en el hospital general: la experiencia italiana

### MARCO RIGATELLI

Department of Psychiatry, University Hospital, Largo del Pozzo 71, Modena, Italy

En su artículo de introducción, Don Lipsitt no menciona la experiencia italiana mientras que sí lo hace respecto a la experiencia británica, japonesa y alemana.

En la década de 1960, la asistencia psiquiátrica que se llevaba a cabo en Italia

era realizada casi por completo en los hospitales psiquiátricos y en las clínicas privadas. También había departamentos neuropsiquiátricos universitarios en los hospitales generales. En 1976, estos departamentos se dividieron entre servicios de neurología y de psiquiatría.

La Ley 180 aprobada en el año 1978 cambió de manera radical la organización de la asistencia psiquiátrica en Italia (1). En dos «planes nacionales para la salud mental» elaborados posteriormente, se subrayó la importancia de los departamentos de salud mental como modelo organizativo que perseguía el objetivo de la prevención, la asistencia y la rehabilitación de los pacientes con enfermedades psiquiátricas a través de la integración de las actividades realizadas en diversos servicios de psiquiatría—centros comunitarios de salud mental (CCSM), centros de día, residencias extrahospitalarias, hospitales de día, plantas de psiquiatría en los hospitales generales (PPHG)— así como en otros servicios, como los relacionados con el consumo de sustancias y con la psiquiatría infantil.

Las 320 PPHG no tienen más de 16 camas cada una (aproximadamente 1/10.000 habitantes) (2). Son sólo una parte de la red de servicios, complementaria a las instalaciones de tipo comunitario y no al revés, como ocurre en la mayor parte de los programas europeos (3).

Las hospitalizaciones de carácter obligatorio, dirigidas más hacia la solución de necesidades clínicas que hacia aspectos de peligrosidad social, son propuestas por dos médicos y decididas por la autoridad administrativa (el alcalde) más que por las autoridades legales, tal como ocurre en la mayor parte de los demás países. Las hospitalizaciones son solicitadas inicialmente durante 7 días. Estos ingresos hospitalarios, que representaron el 50 % de las hospitalizaciones psiquiátricas totales en 1975, disminuyeron hasta el 11,8 % en 1997. El fenómeno de la puerta giratoria es más frecuente en las situaciones en las que la asistencia comunitaria es menos eficiente (4,5).

En las PPHG también se han llevado a cabo actividades de psiquiatría de enlace (PE). En los hospitales pequeños, que carecen de PE, estas actividades son realizadas por los psiquiatras de los CCSM. En algunos hospitales, sobre todo en los universitarios, hay servicios específicos e independientes de PE atendidos por personal que trabaja en los mismos a tiempo completo.

Hoy en día, la PE desempeña varias tareas importantes: luchar contra algunas tendencias negativas de la medicina contemporánea (como la sectorización y la comercialización de la asistencia sanitaria), mantener una perspectiva holística y re-

presentar el camino a través del cual la psiquiatría llega a los médicos que ejercen en los hospitales y a los médicos de asistencia primaria (MAP). Además, la PE permite que los psiquiatras puedan establecer contacto con muchos pacientes a los que de otra manera no podrían atender (alcohólicos, pacientes con trastorno límite, pacientes con comportamientos autolesivos o con trastornos de la alimentación).

La PE que alcanza a los MAP tiene varias características en común con el contexto más tradicional del hospital general. En Italia, la creación reciente de departamentos de asistencia primaria (con grupos de 15 a 20 MAP trabajando en conjunto) ha abierto el camino a nuevas formas de colaboración. Por ejemplo, podemos tener a un psiquiatra especializado en PE trabajando junto a un grupo de MAP con el propósito de solucionar problemas clínicos complejos, lo que representa un filtro respecto a la remisión de los pacientes hacia los CCSM.

## De la consulta a la evaluación integral del riesgo clínico

FRITS J. HUYSE<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Department of Internal Medicine, University Hospital, Groningen, The Netherlands

<sup>2</sup> Department of Psychiatry, Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam, The Netherlands

Don Lipsitt ha relacionado el apogeo de la psiquiatría de enlace con la colaboración positiva que tuvo lugar con los colegas médicos durante la Segunda Guerra Mundial. En aquel momento, la psiquiatría de enlace estaba fuertemente apoyada por los programas del National Institute of Mental Health (NIMH), que posteriormente también introdujeron a los asistentes sociales y a los psicólogos en el hospital general. Así, se devaluó en cierta medida la autoridad profesional alcanzada por los psiquiatras de enlace, que eran principalmente psicoanalistas. El impulso de las ciencias sociales dio lugar al desarrollo del modelo biopsicosocial, que se convirtió en el modelo conceptual para los psiquiatras de enlace. Este cambio fue especialmente útil para los modelos de enlace en las plantas clínicas en las que se atendían pacientes con riesgo. La psiquiatría de enlace asume una colaboración integrada y preventiva entre los consultores

## Bibliografía

1. Cazzullo CL, Comazzi M, Guaraldi GP et al. General hospital psychiatry in Italy: on the hospitalization of psychiatric patients and consultation-liaison psychiatry after law 180/1978. *Gen Hosp Psychiatry* 1984; 6:261-5.
2. Piccinelli M, Politi P, Barale F. Focus on psychiatry in Italy. *Br J Psychiatry* 2002; 181:538-44.
3. Tansella M, Williams P. The Italian experience and its implications. *Psychol Med* 1987;17:283-9.
4. Mustacatu C, Ariatti R, Fioritti A et al. Panorama europeo delle legislazioni di interesse psichiatrico. In: Fioritti A (ed). *Leggi e salute mentale: panorama europeo delle legislazioni di interesse psichiatrico*. Torino: Centro Scientifico Editore, 2002: 1-118.
5. de Girolamo G, Cozza M. The Italian psychiatric reform: a 20-year perspective. *Int J Law Psychiatry* 2000;23:197-214.

de psiquiatría y los equipos médicos que atienden a grupos de población con una prevalencia elevada de trastornos psiquiátricos y de dificultades en este sentido (1). El sistema DSM introdujo en la psiquiatría el valor de la epidemiología, anunció la degradación del psicoanálisis y volvió a llevar a la psiquiatría hacia el modelo médico. En los estudios epidemiológicos, se observaron discrepancias importantes entre la prevalencia y la asistencia de los pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos en el contexto de los hospitales generales (2). Éstos fueron los argumentos para el establecimiento del modelo de enlace. Sin embargo, su operatividad fue nula (3). Así, se llegó a la compleja paradoja de formar parte del mundo médico científico con un sistema diagnóstico empírico y sobre un modelo no operativo considerado como vago (4). De esta manera, la psiquiatría de enlace cayó en los brazos de la asistencia gestionada, lo que redujo su base de conocimiento intelectual a las «enfermedades diagnosticables», impidiendo que desempeñara un papel de protagonismo intelectual en los pacientes atendidos en las plantas de medicina y con riesgo de presentar comorbilidad psiquiátrica y trastornos psicosociales (5).

Recientemente, nuestro grupo ha propuesto un método de tipo empírico para la evaluación de la complejidad de la asistencia, diseñado en términos de riesgos y necesidades sanitarias y fundamentado en el modelo biopsicosocial. A partir del reducido papel de los psiquiatras de enlace como consultores en el espectro fragmentado de la asistencia sanitaria en el contexto médico, este método ofrece un modelo para un cambio de paradigma en la asistencia integrada de los pacientes complejos, es decir, hacia la psiquiatría de enlace moderna (6,7). El instrumento INTERMED está constituido por 20 variables (tabla 1) valoradas de 0 a 3, que reflejan los factores de riesgo con respecto a posibles trastornos somáticos, psicológicos y sociales, así como la relación de los pacientes con el sistema sanitario. Para determinar la complejidad de la asistencia, se utiliza una puntuación total que va de 0 a 60.

La fiabilidad y la validez del instrumento INTERMED han sido expuestas en otras publicaciones. En un análisis confirmativo de factores efectuado sobre 1.100 casos, se observó que los factores que se recogen a continuación contribuyen a la complejidad de un paciente: cronicidad del trastorno físico, vulnerabilidad psicológica, desorganización social, dependencia (posibilidad de cuidar de uno mismo), complejidad diagnóstica y cumplimiento de lo prescrito (8). La entrevista puede ser realizada por un profesional de enfermería con formación específica, en un tiempo de aproximadamente 15 minutos. La puntuación, que es visualizada, lleva otros 5 minutos. En la actualidad, se está estudiando un formato semiautomático generado por ordenador, que describe los riesgos y necesidades en una forma estructurada. Así, será posible que un profesional de enfermería clínico realice un informe global en otros 10 a 15 minutos, lo que va a permitir el comienzo de la asistencia coordinada siempre que sea necesario. El instrumento tiene características psicométricas y clinicométricas, y actúa como un instrumento tradicional y también como una forma de comunicación coordinada entre los distintos profesionales sanitarios. Por tanto, permite una evaluación protocolizada de gran apoyo para el proceso de toma de decisiones clínicas por parte de profesionales de enfermería con formación específica y supervisión por un psiquiatra. De esta manera, es posible introducir una coordinación empírica de la asistencia en el sector sanitario general, comparable a la gestión de casos en el sector de la salud mental.

Este instrumento, en combinación con dos nuevos modelos de asistencia integrada, entre los que se incluyen la coordinación de la asistencia por profesionales

**Tabla 1** El instrumento INTERMED

	Antecedentes	Situación actual	Pronóstico
Variables biológicas	Cronicidad; dilema diagnóstico	Gravedad de los síntomas; dificultad diagnóstica	Complicaciones y riesgo para la vida
Variables psicológicas	Restricciones en la capacidad de superación; disfuncionalismo psiquiátrico	Resistencia al tratamiento; síntomas psiquiátricos	Riesgo para la salud mental
Variables sociales	Restricciones en la integración; disfuncionalismo social	Inestabilidad en el lugar de residencia; restricciones en la red de apoyo social	Vulnerabilidad social
Variables de asistencia sanitaria	Intensidad del tratamiento; experiencia con el tratamiento	Organización de la asistencia; idoneidad de la remisión	Coordinación

de enfermería especializados (9,10) y el reconocimiento de la disciplina mediante su consideración como una subespecialidad (11), podría contribuir de manera sustancial al desarrollo de una asistencia formal integrada en los pacientes con riesgo de complejidad asistencial atendidos en el contexto del hospital general.

## Bibliografía

1. Strain JJ. Liaison psychiatry. In: Wise MG, Rundell JR (eds). *The American Psychiatric Publishing textbook of consultation-liaison psychiatry: psychiatry in the medically ill*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2002:33-48.
2. Huyse FJ, Herzog T, Lobo A et al. Consultation-liaison psychiatric service delivery: results from a European study. *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23:124-32.
3. Pincus HA. Making the case for consultation-liaison psychiatry: issues in cost-effectiveness analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 1984;6:173-9.
4. Lobo A. Elucidating mental disorder in liaison psychiatry: the Johns Hopkins 'perspectives'. *J Psychosom Res* 1996;41: 7-11.
5. Smith GC. From consultation-liaison psychiatry to psychosocial advocacy: maintaining psychiatry's scope. *Aust N Z J Psychiatry* 1998;32:753-61.
6. Huyse FJ, Lyons JS, Stiefel FC et al. The INTERMED. Operationalizing the biopsychosocial model. *Psychosomatics* 2001; 42:5-13.
7. Huyse FJ, Lyons JS, Stiefel FC et al. INTERMED. A method to assess health service needs: I. Development and reliability. *Gen Hosp Psychiatry* 1999;21:39-48.
8. Huyse FJ, De Jonge P, Slaets JPJ et al. INTERMED: its factor structure. *Psychosomatics* 2003;44:135.
9. Kathol RG. Integrating psychiatric treatment into outpatient primary/specialty care: clinical models and economic feasibility. *Primary Psychiatry* 1999;6: 86-90.
10. Unutzer J, Katon W, Callahan CM et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:2836-45.
11. Kornfeld DS. Consultation-liaison psychiatry: contributions to medical practice. *Am J Psychiatry* 2002;159:1961-3.

## La psiquiatría en el hospital general: ¿una nueva subespecialidad?

### RODOLFO FAHRER

Department of Mental Health, University Hospital School of Medicine, J. Salguero 2436, 1425 Buenos Aires, Argentina

La psiquiatría se ha incorporado e integrado de manera definitiva con el res-

to de la medicina y en el hospital general en forma de especialidad médica, tras la tendencia hacia la psiquiatría comunitaria y hacia la desinstitucionalización que vino de la mano de la aparición de nuevos tratamientos y de la reducción del estigma asociados a estas enfermedades, facilitando su integración con

la rehabilitación familiar y psicosocial efectiva.

La psiquiatría del hospital general cubre una amplia gama de aspectos, desde la psiquiatría de enlace hasta el tratamiento de los pacientes psiquiátricos agudos en el ámbito del hospital general.

Estos avances dieron lugar a un cambio muy importante en el papel desempeñado por el psiquiatra del hospital general y también en su propia identidad. Las nuevas responsabilidades implicaron la necesaria formación de los psiquiatras para que pudieran realizar una asistencia eficiente de los pacientes, así como la realización de actividades de investigación y de docencia en todas las áreas de la psiquiatría.

El American Board of Psychiatry and Neurology ha recomendado la creación de una subespecialidad para la psiquiatría de enlace, bajo la denominación de «medicina psicosomática». Si esta propuesta fuera aprobada, el primer certificado de titulación se otorgaría probablemente en el año 2005. Entonces, la medicina psicosomática se convertiría en la séptima subespecialidad de la psiquiatría.

El tema de la subespecialización es muy controvertido. Tiene defensores y también especialistas que se oponen a ello. Según Yager (1), la subespecialización es deseable y hace que la psiquiatría de enlace adquiera una fuerza mayor. Los programas acreditados de subespecialidad incrementan el interés, la investigación y la docencia, aumentan la presencia e influencia de los especialistas en los centros académicos, y pueden influir de manera positiva en las decisiones relativas a la asistencia gestionada.

Por otra parte, McKegney y cols. (2) han señalado que la psiquiatría de enlace se debería considerar una «supraespecialidad», debido a que está implicada de manera significativa en muchas áreas de «subespecialidad» de la psiquiatría.

Aunque la subespecialización es importante y la acreditación de los psiquiatras de enlace va a incrementar el interés, la docencia y la investigación en este campo, debemos considerar si su denominación como «medicina psicosomática» es la más apropiada. Por una parte, la medicina psicosomática se refiere a la atención integrada en la mente/alma y en el cuerpo, en lo que conocemos como la concepción holística de la medicina o el «abordaje biopsicosocial». Por otra parte, el término de medicina psicosomática se relaciona con el concepto de las enfermedades psicosomáticas, que ya no está de moda.

Es indudable que el nuevo paradigma respecto a la psiquiatría del hospital general demanda una formación que va más allá de la psiquiatría de enlace, debido a

que el médico psiquiatra que trabaja en el hospital general tiene que atender no sólo a pacientes con trastornos psicosomáticos sino también a pacientes psiquiátricos de todo tipo y con trastornos cerebrales/orgánicos. Otro elemento a tener en cuenta es el envejecimiento de la población, que da lugar a un aumento de la morbilidad neuropsiquiátrica relacionada con la edad y asociada a la demencia, al accidente cerebrovascular y a la enfermedad de Parkinson (3).

En 1978, Denis Hill señaló que el psiquiatra debe ser un médico, un científico, un psicoterapeuta y un guía. Hoy en día, estos atributos no son suficientes. El psiquiatra que ejerce en el hospital general en el siglo XXI debe ser un médico, un científico, un psicoterapeuta, un guía, un profesor y un componente capaz y eficiente en un equipo de trabajo (4). Para alcanzar este objetivo debe añadir a sus conocimientos los correspondientes a la me-

dicina forense, la economía y la administración de la asistencia gestionada.

## Bibliografía

1. Yager J. Subspecialization in psychiatry. In: Yager J (ed). *The future of psychiatry as a medical specialty*. Washington: American Psychiatric Press, 1989:33-47.
2. McKegney F, O'Dowd MA, Schwartz C et al. A fallacy of subspecialization in psychiatry. *Psychosomatics* 1991;32:343-5.
3. Fahrner R, Lipsitt D. Integration of psychiatry, medicine and primary care. Its importance for the future of psychiatry. In: Christodoulou GN (ed). *Advances in psychiatry*. Athens: Beta Medical Publishers, 2002:147-52.
4. Fahrner F. Psychiatric training for the primary care physician. The role of a consultation-liaison psychiatrist: a proposal. *New Trends Exper Clin Psychiatry* 1999; 2-3:79-82.

# La importancia del hospital general en el desarrollo de la asistencia sanitaria mental

## NALAKA MENDIS

Department of Psychological Medicine, Faculty of Medicine, Kynsey Road, Colombo 8, Sri Lanka

Don Lipsitt ha resumido el desarrollo de la psiquiatría en el hospital general, su situación actual y sus posibles desarrollos futuros. La mayor parte de sus comentarios están fundamentados en las experiencias obtenidas en los países occidentales. Sin embargo, hay grandes diferencias en el desarrollo de los servicios psiquiátricos en los hospitales generales entre los países de bajo nivel adquisitivo, especialmente en los que se encuentran en la región sur de Asia, y los países occidentales. En este comentario se pretende subrayar alguna de estas diferencias.

En la mayor parte de los países de la zona del sur de Asia, el desarrollo de los servicios de salud mental durante el siglo XX ha sido lento en comparación con el desarrollo de los servicios de salud general.

India fue el primer país en introducir la psiquiatría en los hospitales generales, en 1930 (1). La primera unidad de psiquiatría en un hospital general fue inaugurada en

Sri Lanka en 1949, en el Colombo General Hospital (2).

La introducción de la psiquiatría en los hospitales generales de este país estuvo influida por el desarrollo del movimiento a favor de la psiquiatría en los hospitales generales que tuvo lugar en los países occidentales. Los psiquiatras que conocían la práctica de la psiquiatría en el hospital general en los países occidentales iniciaron el desarrollo de servicios psiquiátricos en los hospitales generales en esta región. La introducción de la psiquiatría en los hospitales generales no se acompañó de una reducción significativa en el número de camas en los hospitales psiquiátricos.

Entre 1965 y 1975, en Sri Lanka se establecieron unidades de psiquiatría en los nueve hospitales generales provinciales. Inicialmente, los psiquiatras que ejercían en los hospitales provinciales realizaban servicios ambulatorios en estos hospitales, y posteriormente ampliaron su ejercicio profesional a la asistencia hospitalaria. La apertura de los servicios hospitalarios generales en las provincias y distritos permitió por primera vez el acceso a servicios de salud mental a un elevado número de per-

sonas que padecían enfermedades psiquiátricas graves, como psicosis y trastornos del estado de ánimo, y que vivían en zonas rurales. Además, los servicios de consulta y de psiquiatría de enlace proporcionados por las unidades de los hospitales generales contribuyeron en gran medida a cubrir las necesidades psiquiátricas de los pacientes atendidos en los propios hospitales generales. Se incrementó el número de pacientes que preferían utilizar las instalaciones del hospital general más que las de los hospitales psiquiátricos.

Durante los últimos decenios, la psiquiatría del hospital general se ha convertido en una fuerza importante para el desarrollo global de la salud mental en la región, y ha dirigido la evolución de la asistencia clínica, la docencia y la investigación. La unidad de psiquiatría del hospital general Colombo National Hospital, establecida en 1968 por C.P. Wijesinghe (el primer catedrático de psiquiatría de Sri Lanka) tuvo una influencia profunda en el paso de la psiquiatría desde los hospitales psiquiátricos hasta los hospitales generales. Las actividades de docencia clínica e investigación que se llevaron a cabo en esta unidad constituyeron un foco de atracción para numerosas personas que trabajaban en el ámbito de la salud mental. Aparte de ello, a partir de entonces, la psiquiatría comenzó a ser considerada una especialidad médica junto con otras ramas de la medicina.

El establecimiento de un Community Mental Health Center (Sahanaya) en Colombo en 1982 constituyó un avance importante en la salida de la psiquiatría desde los hospitales psiquiátricos hacia la comunidad en Sri Lanka (3). Además de la realización de actividades de rehabilitación, información y concienciación de los grupos sociales, en este centro también se produjo el desarrollo de un elevado número de iniciativas, como los servicios de tipo comunitario, los grupos de apoyo a pacientes y los movimientos formados por voluntarios, lo que facilitó la difusión de los servicios de psiquiatría en Sri Lanka.

A partir de 1982, la unidad académica del Colombo National Hospital también introdujo un módulo de docencia para pregraduados de psiquiatría, que tuvo una gran influencia en el desarrollo de programas similares en otras cinco facultades de medicina del país. Un logro importante de esta iniciativa fue la introducción de una corriente de conductismo (4) en los programas de docencia médica a pregraduados y a lo largo de los 5 años de la carrera de medicina.

En la mayor parte de los países de la región, los servicios del hospital general llevan a cabo una cantidad desproporciona-

damente elevada del trabajo clínico, en comparación con la que realizan los hospitales psiquiátricos. Sin embargo, más de las dos terceras partes de las camas están situadas todavía en estos últimos. La carga de trabajo que llevan a cabo los servicios de los hospitales generales consiste en la asistencia hospitalaria a corto plazo, la asistencia ambulatoria y la psiquiatría de enlace.

Los servicios psiquiátricos de los hospitales generales han evolucionado no sólo en respuesta a las necesidades de los pacientes con trastornos mentales sino también en función de la estructura constituida por las características y la cultura existentes en los propios hospitales generales. En consecuencia, el abordaje predominante ha sido el de carácter biomédico. Han dominado los enfoques terapéuticos de tipo físico, aunque también se ha prestado una atención significativa a los tratamientos psicológicos, especialmente durante la fase inicial de la corriente de los hospitales generales. La propia naturaleza de la cultura existente en el ámbito de los hospitales generales indujo el desarrollo de la clasificación de las enfermedades, de los métodos físicos de tratamiento y de la confianza en el personal médico y de enfermería.

Además de atender a los trastornos mentales graves, los servicios psiquiátricos de los hospitales generales tuvieron que responder a los problemas de salud mental que padecían los pacientes atendidos en estos hospitales. Estos problemas eran los de comportamiento suicida, trastornos somatomorfos, pacientes con confusión y pacientes que rechazaban el cumplimiento de las prescripciones. A menudo, el personal del hospital general acudía a los servicios de psiquiatría como un recurso útil para sus pacientes más difíciles.

Algunos hospitales generales intentaron desarrollar un modelo mucho más global que tuviera en cuenta el abordaje biopsicosocial de los pacientes con enfermedades mentales. El establecimiento de programas de día, de centros de información y de servicios de psicoterapia facilitó el desarrollo de un sistema sanitario psiquiátrico de carácter más global. En algunas pocas unidades de los hospitales generales, se comenzó a ofrecer servicios a los niños, a las personas con problemas relacionados con sustancias, a pacientes con trastornos fóbicos y a pacientes con una amplia gama de otros problemas mentales. Desde el año 2000, en Sri Lanka, se destinaron médicos funcionarios en la mayor parte de los hospitales de distrito para el establecimiento de los servicios de psiquiatría. Éste fue el resultado de un proyecto especial llevado a cabo por el National Council for Mental Health, el Mi-

nisterio de Sanidad y el Banco Mundial (5). Dada la escasez de especialistas en psiquiatría con una formación adecuada, este proyecto fue un intento de aportar servicios de psiquiatría a los hospitales de nivel asistencial secundario localizados en los 24 distritos. En efecto, ésta fue una iniciativa muy importante, ya que ha sido la primera vez que el desarrollo de la psiquiatría en los hospitales generales ha permitido la extensión de la asistencia psiquiátrica más allá del nivel provincial y de una manera tangible. La evaluación inicial ha demostrado que este grupo de profesionales con un periodo breve de formación específica ha sido capaz de proporcionar una gama importante de servicios clínicos y comunitarios con ayuda del psiquiatra provincial. Dado el lento desarrollo de las iniciativas nuevas en el ámbito de la asistencia psiquiátrica, especialmente en los países con niveles bajos de renta per cápita, este proyecto ha tenido realmente muy buenos resultados, y puede considerarse como un modelo para su aplicación en países pobres para superar el problema constituido por la escasez de servicios de psiquiatría en los hospitales de nivel asistencial secundario localizados en los distintos distritos.

La psiquiatría del hospital general ha desempeñado un papel muy importante en la formación de los profesionales sanitarios y de la psiquiatría. Inicialmente, la formación se dirigía hacia los pregraduados en medicina, pero pronto se amplió a los posgraduados y a los profesionales no médicos de la asistencia psiquiátrica. Debido a que la formación se ha llevado a cabo habitualmente en el contexto del hospital general, las personas que la han recibido han tenido poca experiencia con el enfoque psicossocial, comunitario o de psicoterapia. Este sesgo ha hecho que la mayor parte de los psiquiatras que han seguido trabajando en el hospital general haya participado en distintas formas de intervención biomédica.

A pesar del desarrollo de la psiquiatría en el hospital general, los hospitales psiquiátricos siguen acaparando la mayor parte de la financiación dedicada a la asistencia mental, debido a los procedimientos tradicionales con los que se realizan los presupuestos. En consecuencia, los servicios de psiquiatría de los hospitales generales deben competir con otras especialidades respecto a los fondos aportados a los propios hospitales generales. Dada la posición dominante de las especialidades médicas tradicionales, los servicios de psiquiatría son considerados a menudo una prioridad baja, lo que da lugar a una participación mínima de los mismos en los presupuestos económicos.

Durante los dos últimos decenios, la necesidad de que los servicios de salud men-

tal sean más accesibles a un número cada vez mayor de personas con una amplia gama de problemas psiquiátricos se ha convertido en un objetivo para la mayor parte de las agencias de la sanidad pública. Además, dado el incremento en los conocimientos y en la atención respecto a la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales y la provisión de servicios de rehabilitación, existe una demanda para el desarrollo de servicios en estas áreas. Un primer paso en esta dirección sería la implantación de estrategias para la integración de los servicios de salud mental en los sistemas de asistencia sanitaria primaria en estos países. La lenta aparición de los programas de tipo comunitario, la movilización de recursos no gubernamentales, la implicación de profesionales no médicos de la asistencia psiquiátrica y de una amplia gama de agencias dedicados a la realización de programas de prevención, promoción y rehabilitación, así como de servicios a grupos especiales de pacientes, constituyen avances significativos en esta región.

Durante los 50 últimos años, la psiquiatría del hospital general ha desempeñado un papel muy importante en la provisión de la asistencia psiquiátrica y en el desarrollo de los servicios de salud mental en los países de la región del sur de Asia. La psiquiatría del hospital general se ha convertido en un factor poderoso y dominante en la organización de los servicios de salud mental. En Sri Lanka, casi el 75 % de los psiquiatras trabaja en las unidades de psiquiatría de los hospitales generales. Muchos de estos psiquiatras están incómodos con el modelo médico que imponen los propios hospitales generales, pero no se puede hacer gran cosa aparte de trabajar en el marco institucional existente. Al mismo tiempo, muchos servicios de psiquiatría de los hospitales generales tienen dificultades para relacionarse y trabajar con profesionales sanitarios que ejercen fuera del hospital, especialmente en lo que se refiere a los centros de tipo comunitario.

En estas circunstancias, ¿cómo puede responder la psiquiatría del hospital general a los nuevos avances que se están efectuando en la asistencia psiquiátrica?

La psiquiatría del hospital general debe reconocer los avances progresivos que se están efectuando en la asistencia psiquiátrica y determinar cómo puede utilizar mejor su experiencia, influencia y recursos para contribuir al desarrollo de un servicio más global a la comunidad. Posiblemente, el hospital general va a seguir desempeñado un papel predominante en la asistencia de los pacientes con enfermedades mentales graves atendidos en un contexto institucional público. El reto es el de trabajar junto con otros centros sanitarios y profesionales de la salud mental para proporcionar un servicio que cubra las nece-

sidades psiquiátricas de una amplia gama de personas y grupos sociales. Para alcanzar este objetivo, los servicios de psiquiatría del hospital general deben realizar una evaluación crítica del papel que desempeñan en la actualidad e introducir los cambios necesarios en sus actitudes, cultura, organización y prioridades para adecuarse a las necesidades emergentes de la salud mental y a la organización de los servicios de asistencia psiquiátrica.

## Bibliografía

1. Prakash BB. General hospital psychiatry in India. In: Murthy RS (ed). *Mental health in India*. Bangalore: People's Action For Mental Health, 2000:140-1.
2. Carpenter JS, Mendis N. Mental health care following World War Two. In: Carpenter JS (ed). *The history of mental health care in Sri Lanka*. Colombo: Margga, 1987:52-3.
3. Pereira R. From darkness to light. In: Pereira R (ed). *The epic journey of Sahanaya*. Colombo: Vijitha Yapa, 2002: 13-5.
4. Jayasinghe S. A new curriculum: a shift for innovation. In: Jayasinghe S (ed). *Reforming medical curriculum, lessons from an established medical school in Sri Lanka*. Colombo: Jayasinghe, 2002:21-2.
5. Mendis N. Development of mental health care services in Sri Lanka. Report of the IDA/World Bank Health Services Development Project. Colombo: Smart Media Productions, 2002.

# La psiquiatría en el hospital general: incertidumbre ya desde su denominación

LUIS G. RUIZ-FLORES

Department of Psychiatry, National Medical Center, Mexico City, Mexico

Existe incertidumbre incluso en la propia denominación de nuestra subespecialidad: practicamos la medicina psicosomática, después la psiquiatría de enlace (PE), la psiquiatría en el hospital general, la psiquiatría médica, etc., y finalmente, según la WPA, somos psiquiatras en el contexto de la medicina y de la asistencia primaria. ¿Estamos todos de acuerdo?

Las reflexiones de Don Lipsitt acerca de la incertidumbre que rodea a la psiquiatría en el hospital general me permiten la comparación de su gran experiencia con nuestra realidad latinoamericana, es decir, la práctica de la PE en países en vías de desarrollo como Méjico.

Nuestro despertar ha sido tardío, pero estamos en ello. Fue a mediados de la década de 1950 cuando Alfonso Millán Maldonado, un pionero de la psiquiatría mejicana, creó el primer departamento de psiquiatría en un hospital general dependiente del Ministerio de Sanidad. Años después, a principios de la década de 1970, Méjico (con una población de más de 70 millones de personas en aquel momento) sólo tenía cinco hospitales generales en los que había unidades de psiquiatría formales, aunque no todas ellas tenían camas disponibles para ingresos psiquiátricos.

Durante muchos años, la mayor parte de nuestros psiquiatras se ha formado en el contexto de los manicomios y ha ejercido principalmente en pacientes graves con enfermedades crónicas. Los psiquiatras eran considerados personas que utilizaban una terminología oscura e incomprensible, y en general se consideraba que «no eran realmente médicos» sino sólo curanderos excluidos de la «medicina real». La salud mental de los pacientes atendidos en los hospitales generales no era una opción a tener en cuenta; sólo unos pocos psiquiatras tenían la oportunidad de recibir formación en un ambiente general. Los tratamientos de carácter sistémico, sobre todo a través de un enfoque de terapia familiar, comenzaron en Méjico en 1972 de la mano de Raymundo Macias, y no se generalizaron a otros psiquiatras en el contexto de la medicina. Este retraso tuvo sus consecuencias, y hasta principios de la década de 1980, no aparecieron profesionales como Javier Sepulveda y Juan Ramón de la Fuente (ambos formados en el extranjero) para subrayar la importancia de la PE, que actualmente se incluye en los programas académicos de formación de todos los psiquiatras mejicanos.

Hoy en día, Méjico tiene una población de 100 millones de personas y sólo 2.200 psiquiatras. Estas cifras corresponden a aproximadamente dos psiquiatras por cada 100.000 personas, es decir, una pro-

porción muy inferior a la existente en Estados Unidos. De estos psiquiatras, son menos de 300 los que ejercen en contextos institucionales de PE, lo que hace que estos médicos tengan una gran carga de trabajo que se puede resumir en aproximadamente 168.000 personas atendidas por cada psiquiatra, con una media de 1.500 consultas por psiquiatra y año.

Es obvio que Latinoamérica necesita más psiquiatras en los hospitales generales y en los contextos de asistencia primaria pero, debido a los bajos salarios, la mayor parte de nuestros psiquiatras ejerce la medicina privada tras finalizar su período de formación de residencia, y se recluye en sus consultas alejadas de las necesidades de la sanidad pública.

Además, las actividades de la PE en nuestro país han disminuido debido a que mis colegas tienen dificultades para el pago de los servicios de consulta y debido tam-

bién a que los aspectos psicosociales han sido barridos por una avalancha de datos neuropsiquiátricos y farmacológicos.

Para eliminar la incertidumbre que conlleva la PE como subespecialidad de la psiquiatría, debemos comenzar por acordar una denominación que describa mejor nuestras actividades e intereses diarios, si queremos superar el dilema mente-cuerpo, el dilema del contexto del hospital general frente al contexto psiquiátrico, etc. Me parece correcto lo que ha señalado recientemente P.R. McHugh acerca de la crisis de la psiquiatría, insistiendo en que además de la lucha entre el psicoanálisis y la psiquiatría biológica, de la influencia de la industria farmacéutica y de la asistencia gestionada, la razón por la que tenemos problemas es que «trabajamos bajo un sistema de clasificación extraño (en comparación con la medicina general), que insiste en definir los trastornos mentales a través

de su sintomatología y no a través de su naturaleza básica». Este autor ha propuesto cuatro perspectivas para la psiquiatría: la perspectiva de la enfermedad (lo que padece el paciente), la perspectiva de las dimensiones (lo que es el paciente), la perspectiva de los comportamientos (lo que hace el paciente) y la perspectiva de la historia vital (lo que se encuentra el paciente a lo largo de su vida) (1).

Creo que nuestra tarea es la de desarrollar un lenguaje común con el resto de las especialidades médicas sin perder nuestra propia identidad biopsicosocial.

*World Psychiatry 2003; 2: 93-103*

## Bibliografía

1. McHugh PR. Beyond DSM-IV: from appearances to essences. *Psychiatric Research Report*, Summer 2001:2-15.

# La prevalencia a nivel mundial del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿es éste un trastorno típico de Estados Unidos?

STEPHEN V. FARAONE<sup>1, 2, 3</sup>, JOSEPH SERGEANT<sup>4</sup>, CHRISTOPHER GILLBERG<sup>5, 6</sup>, JOSEPH BIEDERMAN<sup>1, 2, 3</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Massachusetts General Hospital, 55 Fruit Street, Boston, MA 02114-3139, USA; <sup>2</sup>Harvard Institute of Psychiatric Epidemiology and Genetics, Boston, MA, USA; <sup>3</sup>Johnson and Johnson Center for Pediatric Psychopathology at the Massachusetts General Hospital, Boston, MA, USA; <sup>4</sup>Vrije Universiteit, Amsterdam, The Netherlands; <sup>5</sup>Göteborg University, Göteborg, Sweden; <sup>6</sup>University of London, London, UK

*El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es una alteración del comportamiento que afecta a 1 de cada 20 niños en Estados Unidos. El predominio de la investigación norteamericana sobre este trastorno a lo largo de los últimos 40 años ha dado lugar a la impresión de que el TDAH es principalmente un trastorno norteamericano y que tiene una prevalencia mucho menor en otras zonas del mundo. Esta impresión ha sido reforzada por la percepción de que el TDAH puede estar fundamentado en factores sociales y culturales que son más frecuentes en la sociedad norteamericana. Sin embargo, otra escuela de pensamiento ha señalado que el TDAH es un trastorno del comportamiento frecuente en los niños de muchas razas y sociedades distintas de todo el mundo, aunque no ha sido bien reconocido por la comunidad médica, debido a la confusión relativa a su diagnóstico, a los errores en la consideración de su efecto perjudicial sobre los niños, sus familias y la sociedad en su conjunto, o a ambos factores. En este artículo se presentan los datos existentes, con el objetivo de determinar la prevalencia del TDAH a nivel mundial. Mediante una búsqueda en MEDLINE con los términos ADHD (trastorno por déficit de atención/hiperactividad [TDAH]), ADD (trastorno por déficit de atención [TDA]), HKD (trastorno hiperactivo [THC]) o trastorno por déficit de atención/hiperactividad se han identificado 50 estudios y se ha determinado la prevalencia combinada durante el período de 1982 a 2001. Veinte de estos estudios se realizaron sobre grupos de población estadounidenses y 30 sobre otros grupos de población. El análisis de los resultados de estos estudios sugiere que la prevalencia del ADHD en muchos niños no estadounidenses es al menos tan elevada como en los niños que viven en Estados Unidos, así como que la mayor prevalencia se observa cuando se utilizan los criterios diagnósticos del DSM-IV. El reconocimiento de que el ADHD no es puramente un trastorno norteamericano y de que su prevalencia en muchos países es la misma que en Estados Unidos puede tener implicaciones importantes en la asistencia psiquiátrica de los niños.*

**Palabras clave:** trastorno por déficit de atención (TDA), trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastorno hiperactivo (THC), prevalencia

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es una alteración del comportamiento que se supone afecta hasta 1 de cada 20 niños en Estados Unidos (1). Se caracteriza por síntomas de falta de atención, impulsividad, hiperactividad o cualquier combinación de ellas, con una influencia significativa sobre muchos aspectos del comportamiento y del funcionalismo, tanto en el colegio como en casa. En aproximadamente el 80 % de los niños con TDAH, los síntomas persisten hasta la adolescencia y pueden continuar incluso hasta la vida adulta. Los efectos del TDAH influyen de manera significativa sobre el paciente a lo largo de su niñez y hasta su vida adulta, especialmente si no recibe un tratamiento óptimo; las personas con TDAH suelen presentar un nivel laboral bajo, interacciones sociales escasas y una tendencia mayor a cometer imprudencias con los vehículos de motor y a desarrollar cuadros de abuso de sustancias (2). Los padres y los hermanos de los pacientes también sufren los problemas del comportamiento asociados al TDAH; en estas familias son frecuentes los niveles elevados de estrés así como la depresión y las disputas conyugales (3,4).

El TDAH ha sido estudiado de manera intensiva en Estados Unidos a lo largo de los 40 últimos años, lo que ha permitido un conocimiento detallado de las características del comportamiento asociado al mismo según lo definido en la actualidad por el DSM de la American Psychiatric Association (APA). No obstante, el predominio de la investigación norteamericana en este campo y las diferencias aparentes en la prevalencia del TDAH (o la hiperactividad según lo define la Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE] de la Organización Mundial de la Salud [OMS]) también han dado lugar a la impresión de que éste es un trastorno predominantemente norteamericano, cuya prevalencia en otros países es muy inferior. Por ejemplo, tal como han señalado Taylor y Sandberg (5), los datos obtenidos en los estudios efectuados a finales de la década de 1970

arrojan una prevalencia de los cuadros de hiperactividad infantil 20 veces superior en Estados Unidos en comparación con Inglaterra.

Taylor (5,6) también ha abordado esta cuestión en un análisis comparativo de los factores evaluados en siete estudios diferentes realizados sobre niños de Estados Unidos (3), Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda y Canadá. Este investigador observó que, en todos los estudios, las descripciones de los estados de inquietud y distracción constituían un factor coherente correspondiente a la hiperactividad, y distinto de los comportamientos de tipo antisocial, como la provocación y la agresividad. Al comparar las puntuaciones de este factor de hiperactividad en los diferentes estudios, se observó que eran similares en todos ellos. Así, Taylor sugirió que la prevalencia del comportamiento interactivo es posiblemente similar en los distintos países y que la aparente diferencia de 20 veces en la prevalencia de la hiperactividad refleja sólo los matices distintos en la definición del trastorno más que una diferencia real en el comportamiento entre los niños británicos y norteamericanos. Por ejemplo, los niños con un comportamiento hiperactivo pueden presentar una probabilidad mayor de recibir el diagnóstico de trastorno de la conducta en el Reino Unido y de TDAH en Estados Unidos.

Esta ausencia de una diferencia real en el comportamiento entre los niños norteamericanos y británicos fue confirmada posteriormente en un estudio efectuado sobre niños escoceses remitidos al Scottish Child Guidance Service y sobre un grupo de niños control (equiparados respecto a la edad, el sexo, el nivel socioeconómico y el grado de aptitud) (7). En todos los niños, se aplicó una puntuación de hiperactividad según la *Teacher Rating Scale de Connors* de 1969, tal como se utiliza en Estados Unidos. Se aplicó el diagnóstico de hiperactividad en el 4,5 % de los niños del grupo control. Esta cifra es similar a la de la pre-

valencia de la hiperactividad en Estados Unidos (3-5 %) obtenida a través de estudios en los que se utilizó una definición similar (p. ej., 8,9). En el grupo de niños remitidos, se obtuvo una puntuación de hiperactividad en el 42,7 %; esta cifra es comparable al porcentaje (30-40 %) de niños remitidos a las clínicas de psiquiatría infantil estadounidenses y que son diagnosticados de hiperactividad (10). Por tanto, estos datos también sugieren que las diferencias aparentes en la prevalencia del TDAH reflejan la existencia de diferencias en la práctica diagnóstica más que de diferencias reales en el comportamiento.

No obstante, todavía existen dudas acerca de si el TDAH es principalmente un trastorno norteamericano, quizá debido a que en la sociedad norteamericana son más frecuentes diversos factores sociales y culturales. O bien ¿es este trastorno del comportamiento común en los niños de todo el mundo o en un elevado número de niños de distintas razas y grupos sociales, pero no reconocido por la comunidad médica tal vez por la confusión que rodea a su diagnóstico o a los errores de concepción en relación con su efecto adverso sobre los propios niños, sus familias y la sociedad en su conjunto, o con la existencia de una preocupación persistente respecto a su tratamiento con fármacos estimulantes? En este artículo, se revisan los datos actuales respecto a la prevalencia del TDAH en diferentes países y culturas, con el objetivo de intentar responder a esta pregunta.

Antes de la presentación de los datos, es necesario considerar los factores que pueden influir en las cifras de prevalencia que se han obtenido en los estudios epidemiológicos citados. Los factores más obvios son probablemente los criterios diagnósticos del TDAH, que han sufrido una evolución a lo largo de los 20-30 últimos años desde que se introdujeron los términos de «déficit de atención» y de «hiperactividad». Para describir este trastorno del comportamiento, también se han utilizado términos como los de «disfunción cerebral mínima» y «disfunción cerebral orgánica», pero en la actualidad esta terminología ha sido sustituida casi por completo. Los términos de «trastorno hiperkinético» (THC) y de «déficit de atención, control motor y percepción» (DAMP) se utilizan todavía en el Reino Unido y en algunos otros pocos países europeos (THC) y escandinavos (DAMP). (El término de THC define un subgrupo de pacientes con una forma especialmente grave de TDAH.) Otros factores que influyen en las tasas de prevalencia son las características de la población estudiada, los métodos utilizados para el diagnóstico y el grado de rigor de aplicación de los criterios diagnósticos. A continuación se van a considerar en detalle todos estos factores.

Con el transcurso de los años, los criterios diagnósticos para el trastorno que conocemos actualmente como TDAH han sufrido una evolución a medida que la investigación ha incrementado nuestros conocimientos acerca de las características distintivas del mismo. Estos avances se pueden observar en la serie de definiciones publicadas por la APA de las distintas actualizaciones de su DSM, o en las revisiones de la CIE efectuadas por la OMS. El término de «trastorno por déficit de atención con hiperactividad» (TDA-H) fue introducido como un cuadro patológico bien definido en el DSM-III, en 1980 (11), y fue actualizado en 1987 con la edición revisada (DSM-III-R) (12), en la que este proceso se redefinía como «trastorno por déficit de atención e hiperactividad» (TDAH). Este proceso fue redefinido de nuevo el 1994 en la cuarta edición del DSM (DSM-IV) (1) en donde se le denomina «trastorno por déficit de atención/hiperactividad». Las definiciones de hiperkinesia propuestas por la OMS también han sido revisadas desde la definición de la CIE-9 publicada en 1978 hasta la definición más reciente recogida en la CIE-10 publicada en 1992. Mientras que la definición de la OMS recogida en la CIE-10 todavía se utiliza en algunos países, principalmente en Europa, actualmente existe una tendencia generalizada al uso de la definición de TDAH recogida en el DSM-IV, lo que va a

hacer mucho más sencilla la comparación de los datos obtenidos en los distintos estudios.

Esta tendencia hacia el consenso de la definición del TDAH va a permitir conocer de manera clara los aspectos epidemiológicos de este trastorno en todo el mundo. No obstante, todavía existe el problema de las diferencias en el grado de rigor aplicado a todos los elementos de la definición recogida en el DSM-IV. Por ejemplo, algunos investigadores pasan por alto el requerimiento de que la sintomatología deba estar presente en al menos dos contextos (p. ej., 13), mientras que otros pasan por alto el requerimiento de una alteración funcional debida a los síntomas (p. ej., 14,15). Otros factores que influyen en el diagnóstico del TDAH en los distintos estudios son: las fuentes de información utilizadas para evaluar los síntomas (p. ej., los padres, los profesores, los propios pacientes), y la fundamentación del diagnóstico en puntuaciones de escalas de comportamiento (p. ej., 16-18), en entrevistas directas (p. ej., 15) o en ambas (p. ej., 19,20).

También pueden aparecer variaciones en la tasa de prevalencia aparente debido a las diferencias en los grupos de población estudiados. Los estudios epidemiológicos efectuados sobre el TDAH se han llevado a cabo generalmente sobre grupos representativos de una comunidad o bien sobre grupos de escolares.

En un análisis de los estudios epidemiológicos efectuados en Estados Unidos, se observó que los grupos comunitarios mostraban tasas de prevalencia mayores que los grupos escolares (prevalencia media: 10,3 % para los grupos comunitarios y 6,9 % para los grupos escolares) (21). Se acepta de manera general que la prevalencia del TDAH es significativamente mayor en los niños que en las niñas, sobre todo en el grupo de edad infantil. Así, el cociente hombres: mujeres en el mismo grupo de población puede influir en la prevalencia aparente y puede requerir su consideración. De la misma manera, sabemos que la prevalencia del TDAH varía con la edad. Por ejemplo, en tres estudios se ha observado una disminución de la prevalencia al aumentar la edad en los grupos de 10-20 años (22), de 8-15 años (23) y de 6-14 años de edad (24). Por tanto, incluso en los estudios efectuados sobre niños, el rango de edad del grupo evaluado posiblemente va a influir en la prevalencia aparente.

Estos factores de sesgo hacen difícil la comparación de los datos de prevalencia respecto al TDAH entre los distintos estudios y entre los distintos países. Al comparar los datos obtenidos en estudios diferentes es necesario tener en cuenta estos factores.

## MÉTODOS

La búsqueda en MEDLINE con los términos ADHD, ADD, HKD o trastorno por déficit de atención/hiperactividad y prevalencia, en combinación con el estudio de las listas de referencias bibliográficas de los estudios identificados, permitió conocer los artículos en los que se han publicado cifras de prevalencia del TDAH. Estos artículos fueron evaluados posteriormente para conocer la población estudiada y los criterios diagnósticos utilizados. A la fase siguiente del análisis sólo pasaron los estudios en los que se había evaluado un grupo de población general o bien un grupo de población bien definido y no remitido para estudio clínico (p. ej., escolares). Así, se eliminaron tres estudios sobre la prevalencia del TDAH en grupos de pacientes. Los artículos restantes fueron analizados según los criterios diagnósticos utilizados.

En 50 artículos, los diagnósticos de TDAH o de TDA-H estuvieron fundamentados en los criterios del DSM-III, DSM-III-R o DSM-IV, y todos ellos fueron incluidos en la presente revisión. (En dos artículos se utilizaron los criterios del DSM-III, pero sólo se presentaron los datos respecto al TDA sin hiperactividad, por lo que fueron excluidos.) De estos 50 artículos, 20 eran estudios

realizados sobre grupos de población estadounidenses y 30 sobre grupos de población de otros países. En otros cuatro artículos, se utilizaron los criterios diagnósticos CIE-9 o CIE-10 (un estudio en cada uno de los países siguientes: Hong-Kong, Alemania, Francia e India), y en otros cinco artículos se utilizaron definiciones diferentes de hiperactividad (un estudio en cada uno de los países siguientes: Estados Unidos, Reino Unido, Suecia, Canadá y China). Estos nueve artículos no fueron incluidos en el análisis más detallado. No obstante, los grupos de población evaluados en estos artículos aparecían representados en los 50 artículos que sí fueron incluidos en el análisis posterior, con la excepción de Francia. Es destacable el hecho de que no se identificó ningún estudio sobre el TDAH en grupos de población africanos (excepto un estudio no publicado realizado sobre niños de Johannesburgo y descrito por Yao y cols. [25]), así como que tampoco se identificó ninguno de estos estudios sobre grupos de población del este de Europa. Los estudios seleccionados cubrieron el periodo desde 1982 hasta 2001.

## RESULTADOS

### Estudios en los que se utilizaron los criterios DSM-III

Se identificaron 13 estudios en los que se evaluó la prevalencia del TDA-H tal como se contempla en el DSM-III, en niños y adolescentes. Estos estudios abarcaron el periodo desde 1982 hasta 1998 y consistieron en cuatro estudios realizados sobre grupos de población estadounidenses y nueve estudios sobre niños de otros países. En dos de los estudios más recientes (16,26), también se incluyeron evaluaciones con los criterios diagnósticos del DSM-III-R y DSM-IV más recientes y, por tanto, se utilizaron para determinar el efecto de los criterios diagnósticos sobre la prevalencia aparente, tal como se detalla más adelante.

Los cuatro estudios efectuados sobre grupos de población estadounidenses (tabla 1) se efectuaron sobre niños con una edad media de 9-11 años y en los mismos participaron niños de un rango de edad similar. Las tasas de prevalencia en tres de estos estudios oscilaron entre el 9,1 y el 12 %. En un estudio en el que participaron menos de 100 niños, se observó una prevalencia mayor (18 %) al utilizar la información procedente de los profesores para determinar el diagnóstico, pero se obtuvo una tasa menor (8 %) cuando la valoración la realizaron los padres (26). Es destacable el hecho de que en el estudio de King y Young (27) sólo participaron niños; la tasa de prevalencia del 12 % en el límite alto del rango observado en estos estudios coincide con la observación aceptada de que el TDA-H/TDAH tiene una pre-

valencia mayor en los hombres que en las mujeres. Shekim y cols. (28) evaluaron la prevalencia del TDA-H a través de entrevistas con los propios participantes o con sus padres, y también analizaron la tasa de concordancia entre ambos métodos. Cuando la evaluación se efectuó mediante entrevistas con los propios participantes relativas a la sintomatología, se obtuvo una tasa de prevalencia del 4 %, mientras que cuando el diagnóstico se obtuvo a través de la valoración efectuada por los padres y por los propios participantes, la tasa de prevalencia fue de sólo el 2 %. Este dato sugiere que los niños de esta edad tienen dificultades para comunicar adecuadamente sus síntomas de TDA-H/TDAH y también que la concordancia entre los padres y los niños es escasa, tal como ya se había señalado (20,29,30).

De los nueve estudios efectuados sobre grupos de población distintos de los estadounidenses, dos se llevaron a cabo en adolescentes (15 años de edad) (31,32) y dieron lugar a unas tasas de prevalencia inferiores al 1 %. Los siete estudios restantes (tabla 2) se efectuaron en niños de 4 a 16 años con unas edades medias de 7 a 11 años, lo que constituye un rango de edad homogéneo comparable al de los estudios efectuados en Estados Unidos. En estos estudios, se obtuvieron tasas de prevalencia en el rango del 5,8 al 11,2 %, excepto en el estudio de Taylor y cols. (33), que se llevó a cabo únicamente en niños de sexo masculino y en el que se obtuvo una prevalencia del 16,6 %, tal como se podía esperar en una muestra constituida totalmente por personas de sexo masculino. El estudio de Leung y cols. (34) también se realizó sobre un grupo totalmente masculino; así, la prevalencia de hiperactividad del 6,1 % observada en este estudio puede indicar la existencia de una prevalencia global menor en Hong-Kong en comparación con otros países. Los autores señalaron que la presencia de diferencias biológicas y culturales puede explicar las tasas de prevalencia de hiperactividad en los niños chinos. Es interesante el hecho de que Taylor y Sandberg (5) también evaluaron la prevalencia de la hipocinesia en su grupo de escolares de sexo masculino de 6 a 8 años de edad. Esta prevalencia fue del 1,7 %, lo que representa aproximadamente la décima parte de la prevalencia del TDA-H determinada en el mismo estudio. Esta diferencia en las prevalencias de la hipocinesia y de TDA-H apoya la sugerencia de Taylor en el sentido de que la diferencia aparente en la prevalencia del TDA-H/hiperactividad entre los niños estadounidenses y británicos se debe a una diferencia en la definición del trastorno más que a la existencia de diferencias reales en el comportamiento entre ambos países.

### Estudios en los que se utilizaron los criterios del DSM-III-R

Se identificaron 22 estudios en los que se evaluó la prevalencia del TDAH mediante los criterios del DSM-III-R. Había 10 es-

**Tabla 1** Estudios con evaluación de la prevalencia de los síntomas del TDAH según los criterios del DSM-III, en niños y adolescentes estadounidenses

Autor(es)	Grupo evaluado	Método de evaluación	Fuente de información	Edad media (años)	Rango de edad (años)	Sexo masculino (%)	Tamaño de la muestra	Prevalencia (%)
Bauermeister y cols. (57)	Niños de 4 a 16 años en Puerto Rico	Entrevista (padres, participantes); informe (profesores)	Padres, profesores, participantes	11	6-16	No especificado	614	9,1
King y cols. (27)	Escolares	Escala de valoración	Profesores, participantes	9,1	7-11	100	219	12
Newcorn y cols. (26)	Escolares	Escala de evaluación	Padres, profesores	9,5	-	44	72	18 (profesores); 8 (padres)
Shekim y cols. (28)	Escolares	Entrevista	Padres, participantes	9	-	No especificado	114	12 (padres) 4 (participantes) 2 (padre y participante)

**Tabla 2** Estudios con evaluación de la prevalencia de los síntomas del TDAH según los criterios del DSM-III, en niños y adolescentes no estadounidenses

<b>País</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Grupo evaluado</b>	<b>Método de evaluación</b>	<b>Fuente de información</b>	<b>Edad media (años)</b>	<b>Rango de edad (años)</b>	<b>Sexo masculino (%)</b>	<b>Tamaño de la muestra</b>	<b>Prevalencia (%)</b>
Canadá	Szatmari y cols. (58)	Muestra representativa de todos los niños nacidos entre 1966 y 1979 residentes en Ontario	Escala de valoración (padres, profesores, participantes*)	Profesores, padres, participantes	10	4-16	50	2.722	5,8
China	Shen y cols. (59)	Escolares	Escala de valoración (profesores): entrevista (participantes)	Profesores, participantes	10,1	7-14	No especificado	2.770	5,8
Alemania	Baumgaertel y cols. (16)	Escolares	Escala de valoración	Profesores	8,5	5-12	No especificado	1.077	6,4
Hong Kong	Leung y cols. (34)	Escolares	Escala de valoración (profesores); entrevista (padres, profesores)	Profesores, padres	-	7-8	100	3.069	6,1
India	Bhatia y cols. (60)	Consulta hospitalaria ambulatoria	Escala de valoración (profesores); entrevista (padres, participantes)	Profesores, participantes	7,5	3-12	61	1.000	11,2 (3,4 años: 5,2; 11-12 años: 29,2)
Holanda	Verhulst y cols. (61)	Muestra representativa en niños de 8 u 11 años de edad residentes en Holanda	Escala de valoración (profesores, padres); entrevista (participantes)	Profesores, padres, participantes	-	8 y 11	50	116	9,5
Reino Unido	Taylor y cols. (33)	Escolares	Escala de valoración	Profesores, padres	7	6-8	100	3.215	16,6

\* La escala de valoración sólo se aplicó a los participantes de 12 a 16 años de edad.

tudios sobre grupos de población estadounidenses y 12 estudios sobre grupos de población de otros países, y todos ellos se habían realizado a lo largo de un período de 12 años, entre 1989 y 2001. Al igual que en los estudios en los que se utilizaron los criterios DSM-III, en varios de estos estudios también se incluyeron diagnósticos establecidos mediante los criterios del DSM-III o DSM-IV, por lo que fue posible una estimación del efecto de los criterios diagnósticos sobre la prevalencia aparente del TDAH.

Los detalles correspondientes a los 10 estudios citados se recogen en la tabla 3, con excepción de uno de los estudios en los que se evaluó la prevalencia en adolescentes tardíos o adultos jóvenes (edad, 16 a 22 años) (35). Cinco de los estudios restantes se llevaron a cabo sobre niños de 5 a 14 años, con una edad media entre 8 y 10 años (17,26,36-38). En un sexto estudio (22), se determinaron los datos de prevalencia en personas de 10 a 20 años de edad, pero las cifras de prevalencia se presentaron con respecto a tres rangos de edad en el grupo de población estudiado; el rango de edad inferior (10-13 años) fue similar al de los otros cinco estudios y, por tanto, fue incluido en el análisis. Los datos obtenidos en estos seis estudios arrojan tasas de prevalencia en el rango del 7,1-12,8 %, con los valores extremos del 26 % según la evaluación efectuada por los profesores en el estudio de Newcorn y cols. (26), y del 2,8 % en el estudio de August y cols. (37). El estudio de Newcorn y cols. se realizó sobre menos de 100 escolares urbanos y, por tanto, puede no haber sido representativo de la población general. Además, la tasa de prevalencia determinada a través de las evaluaciones realizadas por los padres (11 %) en este estudio quedó en el rango de lo observado en los demás estudios. En el estudio de August y cols. (37), se utilizó una técnica de detección inicial de los comportamientos de tipo provocador en la que se aplicó un umbral bastante conservador, con objeto de minimizar las identificaciones falsamente positivas, seguido de una detección más detallada para el diagnóstico de los trastornos concretos. Esta aplicación de un método de detección inicial conser-

vador puede haber dado lugar a una estimación insuficiente de la prevalencia.

Un séptimo estudio (39) se realizó sobre un grupo de población de edad ligeramente mayor a la de los otros estudios (9 a 17 años, edad media de 13 años) y ofreció una tasa de prevalencia ligeramente inferior, del 4,5 % (según la información aportada por los padres). Esta cifra es equivalente a los otros datos (p. ej., 22), lo que indica una disminución de la prevalencia cuando aumenta la edad de los pacientes y alcanzan la adolescencia y la edad adulta. Simonoff y cols. (40) también obtuvieron una tasa de prevalencia baja (2,4 %) en un grupo de población de edad mayor (8 a 16 años); este grupo estuvo constituido por parejas de gemelos de raza blanca y, así, puede no ser representativo de la población general. Finalmente, Lewinsohn y cols. (41) estudiaron a un grupo de adolescentes y observaron una tasa de prevalencia especialmente baja, del 0,41 %. Sin embargo, esta cifra se basó en la información sobre la sintomatología aportada por los propios pacientes, y es sabido que los adolescentes tienen dificultades para comunicar sus propios síntomas (42).

En 12 de los estudios realizados sobre grupos de población no estadounidenses, se utilizaron los criterios diagnósticos del DSM-III-R. En el caso de uno de estos estudios (43), se publicó otro artículo con los mismos datos pero referidos a los criterios del DSM-IV (44). Por tanto, el primer artículo fue excluido del análisis mientras que el segundo fue revisado junto con los otros estudios en los que se aplicaron los criterios del DSM-IV. Los 11 estudios restantes se resumen en la tabla 4. Cuatro de estos estudios (23,45-47) se efectuaron sobre adolescentes (en el estudio de Gomez-Beneyto y cols. [23] participó un grupo de 15 años de edad), y ofrecieron tasas de prevalencia bajas (1,8-3,9 %), tal como era de esperar en esta población de mayor edad. Los ocho estudios restantes (incluidos los dos grupos de menor edad que participaron en el estudio de Gomez-Beneyto y cols. [23]) se efectuaron sobre niños de 5 a 15 años, con una edad media de 6,5-11 años, es decir, una edad comparable

**Tabla 3** Estudios con evaluación de la prevalencia de los síntomas del TDAH según los criterios del DSM-III-R, en niños y adolescentes estadounidenses

Autor(es)	Grupo evaluado	Método de evaluación	Fuente de información	Edad media (años)	Rango de edad (años)	Sexo masculino (%)	Tamaño de la muestra	Prevalencia (%)
August y Garfinkel (36)	Escolares	Escala de valoración	Profesores	9,79	5,33-14,25	No especificado	1.038	8,6
August y cols. (37)	Escolares	Entrevista (participantes); escala de valoración (participantes, profesores, padres)	Participantes, profesores, padres	8	6-10	No especificado	7.231	2,8
Cohen y cols. (22)	Niños estudiados originalmente en 1975 cuando tenían 1-10 años de edad y vivían en el distrito de New York, más un grupo de niños de 9 a 12 años de edad que vivían en zonas suburbanas del distrito original en 1983	Entrevista	Padres, participantes	11,5 15 18,5	10-13 14-16 17-20	52 48 50	541 508 446	12,8 8,9 6,0
Lewinsohn y cols. (41)	Escolares	Entrevista	Participantes	-	16-20 (grado 9-12)	No especificado	1.710	0,41
Newcorn y cols. (26)	Escolares	Escala de valoración	Padres, profesores	9,5	-	44	72	26 (profesores) 11 (padres)
Pelham y cols. (38)	Escolares	Escala de valoración	Profesores	9,5	5-14	100	931	7,1
Simonoff y cols. (40)	Parejas de gemelos de raza blanca	Entrevista (participantes, padres); escala de valoración (participantes, padres, profesores)	Participantes, padres, profesores	-	8-16	46,3	2.762 parejas	2,4
Shaffer y cols. (39)	Niños de 9 a 17 años de edad (sin más detalles)	Entrevista	Padres, participantes	13	9-17	No especificado	1.285	4,5 (padres) 2,2 (participantes)
Wolraich y cols. (17)	Escolares	Escala de valoración	Profesores	8	4-12	No especificado	8.258	7,3

**Tabla 4** Estudios con evaluación de la prevalencia de los síntomas del TDAH según los criterios del DSM-III-R, en niños y adolescentes no estadounidenses

País	Autor(es)	Grupo evaluado	Método de evaluación	Fuente de información	Edad media (años)	Rango de edad (años)	Sexo masculino (%)	Tamaño de la muestra	Prevalencia (%)
Canadá	Breton y cols. (24)	Muestra representativa de niños de 6-14 años residentes en Quebec	Entrevista	Padres, profesores participantes (6-11 años)	10	6-14	No especificado	2.400	8,9 (profesores) 5,0 (padres) 3,3 (participantes)
Finlandia	Puura y cols. (62)	Muestra representativa de niños nacidos entre 1981 y 1989, residentes en tres áreas del sur de Finlandia	Escala de valoración, entrevista	Padres, participantes	8,5	8-9	50	3.397	6,6 (padres) 0,6 (participantes)
Alemania	Baumgaertel y cols. (16)	Escolares	Escala de valoración	Profesores	8,5	5-12	No especificado	1.077	10,9
Israel	Zohar y cols. (45)	Aspirantes a reclutas consecutivos en el ejército de Israel	Entrevista	Participantes	-	16-17	67	562	3,9
Italia	Gallucci y cols. (63)	Escolares	Escala de valoración	Profesores	9	8-10	50	232	3,9
Japón	Kanbayashi y cols. (64)	Escolares	Escala de valoración	Padres	8	4-12	48	1.022	7,7
Holanda	Verhulst y cols. (46)	Muestra representativa nacional de niños de 13 a 18 años	Entrevista (padres, participantes), escala de valoración (padres participantes, profesores)	Profesores, padres, participantes	15,5	13-18	No especificado	780	1,8 (padres) 1,3 (participantes)
Nueva Zelanda	Fergusson y cols. (47)	Niños nacidos en la región urbana de Christchurch en 1977	Entrevista	Padres, participantes	15	-	No especificado	986	3,0 (padres) 2,8 (participantes)
España	Gomez-Beneyton y cols. (23)	Muestra representativa de niños de las edades definidas y nacidos en Valencia	Entrevista	Padres, profesores	-	8 11 15	50 49 51	326 385 416	14,4 5,3 3,0
Suecia	Landgren y cols. (65)	Niños nacidos en 1986-1987 y residentes en Mariestad, una zona rural del sur de Suecia, cuando tenían 6 años	Escala de valoración (padres, profesores); entrevista (padres)	Profesores, padres	6,5	6-7	No especificado	589	4,0
Taiwan	Wang y cols. (66)	Escolares	Escala de valoración	Profesores	9,5	7-12	52	4.290	9,9

a la de los seis estudios estadounidenses analizados. Las tasas de prevalencia en estos ocho estudios oscilaron entre el 3,9 y el 14,4 %.

#### Estudios en los que se utilizaron los criterios del DSM-IV

Hasta el momento se han publicado 19 estudios en los que se han utilizado los criterios diagnósticos del DSM-IV; ocho de estos estudios se han realizado sobre grupos de población estadounidense y 11 sobre grupos de población de otros países. En dos de estos estudios también se recogen datos de prevalencia según los criterios del DSM-III-R (16,17) y según los criterios del DSM-III (16).

De los ocho estudios realizados sobre grupos de población estadounidenses, uno se llevó a cabo en adultos (48) y en otro se utilizaron criterios más laxos con objeto de seleccionar un número suficiente de participantes de sexo femenino, de manera que fuera posible un estudio más detallado de este grupo (49), razones por las que estos dos estudios no fueron evaluados con mayor detalle. En seis estudios, se presentó la tasa de prevalencia de los síntomas del TDAH (es decir, sólo se cumplía el criterio A) y se obtuvieron tasas del 9,5 al 16,1 % (tabla 5). Al considerar únicamente los cuatro estudios realizados sobre niños con unas edades medias de aproximadamente 8-10 años, el rango de las tasas de prevalencia fue del 11,4-16,1 %. En la mayor parte de estos estudios, se estableció el diagnóstico de TDAH según la información aportada por los profesores o por los padres; sólo en el estudio de Rowland y cols. (50) se utilizaron ambas fuentes de información para determinar los síntomas. Un aspecto importante es que los datos obtenidos por Rowland y cols. están en el rango de los observados en los estudios en los que sólo se utilizó una fuente de información, lo que sugiere que los datos obtenidos en los estudios en los que la fuente de información fue única pueden ser válidos en lo relativo a la comparación de las tasas de prevalencia. Wolraich y cols. (18) determinaron la prevalencia del TDAH según los síntomas como medida aislada (16,1 %) y también según el grado de alteración funcional (6,8 %). Estos datos indican que las estimaciones de la prevalencia del TDAH fundamentadas únicamente en la evaluación de los síntomas son posiblemente estimaciones excesivas. No obstante, estos datos pueden ser útiles para evaluar la prevalencia relativa de los síntomas del TDAH en los diferentes países y culturas, con la advertencia de que esta prevalencia no se debe equiparar a la prevalencia real del TDAH.

Con excepción de uno (51), en los 11 estudios efectuados sobre grupos de población no estadounidenses se evaluó la sintomatología del TDAH a través de la información aportada por los

profesores, los padres o ambos. Nueve de estos 10 estudios se efectuaron sobre niños con una edad media de 7 a 11 años. En estos nueve estudios, se obtuvieron tasas de sintomatología del TDAH que oscilaron entre el 2,4 y el 19,8 % (tabla 6). En cinco de estos estudios se obtuvieron tasas en un rango del 16,0 al 19,8 %, lo que representó el límite alto del rango observado en los seis estudios estadounidenses en los que fueron evaluados participantes con un rango de edad similar. Los estudios en los que se obtuvieron las tasas más bajas (2,4-7,5 %) fueron los dos realizados sobre grupos de población australianos, el único estudio sobre un grupo de población de Islandia y un estudio sobre población sueca. Las tasas más bajas observadas en los estudios sobre grupos de población de Australia, Islandia y Suecia pueden reflejar la existencia de diferentes culturas en estas poblaciones. Sin embargo, es interesante destacar el hecho de que en uno de los estudios realizados en Australia (52), en el que se obtuvo la tasa de prevalencia más baja (2,4 %) al utilizar la información combinada aportada por los profesores y por los padres, las tasas de prevalencia fundamentadas únicamente en la valoración de los padres (9,9 %) y las fundamentadas únicamente en la valoración de los profesores (8,8 %) fueron similares a las obtenidas en los estudios estadounidenses. En dos estudios se presentaron además las tasas de prevalencia según la alteración funcional, y estas tasas fueron inferiores a las obtenidas al valorar únicamente la sintomatología –prevalencia según la sintomatología, 7,5 %; prevalencia según la alteración funcional, 6,8 % (19); prevalencia según la sintomatología, 15,8 %; prevalencia según la alteración funcional, 0,2 % (53)–, en concordancia con los hallazgos obtenidos por Wolraich y cols. (18).

#### Comparación de las tasas de prevalencia

En la tabla 7, se muestra el rango de tasas de prevalencia en los estudios realizados sobre grupos de población estadounidenses y de otros países con respecto a los tres criterios diagnósticos del DSM y excluyendo los valores extremos. La comparación del rango de prevalencia en los estudios estadounidenses demuestra que la prevalencia mayor se obtiene al utilizar los criterios del DSM-IV, tal como habían demostrado previamente Wolraich y cols. (17) y Baumgaertel y cols. (16). En los estudios efectuados sobre grupos de población no estadounidenses también se observó una prevalencia mayor del TDAH al aplicar los criterios diagnósticos del DSM-IV. Tal como se observa en la tabla 7, el rango de prevalencia determinado en los estudios realizados sobre grupos de población no estadounidenses es, para cada sistema diagnós-

**Tabla 5** Estudios con evaluación de la prevalencia de los síntomas del TDAH según los criterios del DSM-IV, en niños y adolescentes estadounidenses

Autor(es)	Grupo evaluado	Método de evaluación	Fuente de información	Edad media (años)	Rango de edad (años)	Sexo masculino (%)	Tamaño de la muestra	Prevalencia (%)
Gimpel y Kuhn (67)	Grupo de niños atendidos en centros de día en Utah y Nebraska	Escala de valoración	Padres	4	2-6	54	253	9,5
Hudziak y cols. (68)	Parejas de gemelos de sexo femenino residentes en la comunidad	Entrevista	Padres	-	13,5-19,5	0	1.269 parejas	9,9
Nolan y cols. (69)	Escolares	Escala de valoración	Profesores	10,5	3-18	54	3.006	15,8
Rowland y cols. (50)	Escolares	Escala de valoración (profesores); entrevista (padres)	Profesores y padres	-	8-12	No especificado	362	16
Wolraich y cols. (17)	Escolares	Escala de valoración	Profesores	8	4-12	No especificado	8.258	11,4
Wolraich y cols. (18)	Escolares	Escala de valoración	Profesores	-	4-12	No especificado	4.323	16,1 (sintomatología); 6,8 (alteración funcional)

**Tabla 6** Estudios con evaluación de la prevalencia de los síntomas del TDAH según los criterios del DSM-IV, en niños y adolescentes no estadounidenses

<b>País</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Grupo evaluado</b>	<b>Método de evaluación</b>	<b>Fuente de información</b>	<b>Edad media (años)</b>	<b>Rango de edad (años)</b>	<b>Sexo masculino (%)</b>	<b>Tamaño de la muestra</b>	<b>Prevalencia (%)</b>
Australia	Gómez y cols. (52)	Escolares	Escala de valores	Padres, profesores	8	5-11	47,4	1.275	2,4 (padres/profesores); 9,9 (padres); 8,8 (profesores)
	Graetz y cols. (19)	Muestra representativa nacional de niños de 6 a 17 años	Entrevista y escala de valoración	Padres		6-17	No especificado	3.597	7,5 (síntomatología); 6,8 (alteración funcional)
Brasil	Guardiola y cols. (70)	Escolares	Entrevista	Investigador	7,5	7-8,8	49,4	484	18
	Rohde y cols. (71)	Escolares	Escala de valoración	Participantes	13	-	49	1.022	5,8
Colombia	Pineda y cols. (14)	Escolares	Escala de valoración	Padres	9,1	4-17	50	540	16
	Pineda y cols. (72)	Escolares	Escala de valoración	Padres, profesores	10,5	4-17	54	341	17,1
Alemania	Baumgaertel y cols. (16)	Escolares	Escala de valoración	Profesores	8,5	5-12	No especificado	1.077	17,80
	Essau y cols. (53)	Grupo comunitario	Escala de valoración y entrevista	Padres, participantes	14,5	12-17	41	1.009	15,8 (síntomatología); 0,2 (alteración funcional)
Islandia	Magnusson y cols. (13)	Escolares	Escalas de valoración	Padres, profesores	7	6-8	47	429	5,7 (profesores); 4,7 (padres)
Suecia	Kadesjo y Gillberg (44)	Escolares	Entrevista (profesores, padres); escala de valoración (profesores)	Padres, profesores	7	6,5-7,5	No especificado	409	3,7
Ucrania (y Estados Unidos)	Gadow y cols. (15)	Grupo de antiguos refugiados en Chernobyl, residentes en Kyiv en 1996	Entrevista	Padres, profesores	10,8 (Ucrania); 10,9 (Estados Unidos)	10-12 (Ucrania); 9-12,9 (Estados Unidos)	48,3 (Ucrania); 51,4 (Estados Unidos)	600 (Ucrania); 443 (Estados Unidos)	19,8 (Ucrania); 9,7 (Estados Unidos)

**Tabla 7** Rangos de prevalencia para el TDAH según los criterios diagnósticos del DSM en grupos de población estadounidenses y no estadounidenses

	<b>N</b>	<b>Rango aproximado para la edad media (años)</b>	<b>Rango de prevalencia</b>
DSM-III			
Estudios estadounidenses	4	9-11	9,1-12 (n = 3)
Estudios no estadounidenses	7	7-11	5,8-11,2 (n = 6)
DSM-III-R			
Estudios estadounidenses	6	8-12	7,1-12,8 (n = 4)
Estudios no estadounidenses	9	6-11	3,9-10,9 (n = 7)
DSM-IV			
Estudios estadounidenses	4	8-10	11,4-16,1 (n = 4)
Estudios no estadounidenses	9	7,5-11	16-19,8 (n = 5) (estudios de prevalencia alta) 2,4-7,5 (n = 4) (estudios de prevalencia baja)

tico, similar al observado en los estudios realizados sobre grupos de población estadounidenses.

En algunos de los estudios sobre grupos de población no estadounidenses en los que se consideraron los criterios diagnósticos del DSM-III-R y DSM-IV, se observaron cifras de prevalencia bastante bajas, entre el 2,4 y el 7,5 %. Los países incluidos en este grupo de prevalencia baja fueron Suecia (2/2 estudios en esta población), Italia (1/1 estudio en esta población), Australia (2/2 estudios en esta población), Islandia (1/1 estudio en esta población) y España (1/1 estudio, pero sólo en el grupo de 11 años de edad). Este dato puede reflejar la existencia de una prevalencia realmente inferior en estos países, pero se necesitan nuevos estudios para confirmar dicha posibilidad. Estos países no están representados

en el grupo de estudios en los que se utilizaron los criterios diagnósticos del DSM-III.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en los estudios en los que se utilizaron los criterios del DSM indican que la prevalencia del TDAH/TDA-H es al menos tan elevada en muchos niños no estadounidenses como en los niños estadounidenses. Ciertos grupos de población pueden presentar una prevalencia más baja de sintomatología del TDAH (p. ej., Islandia, Australia, Italia y Suecia), pero esta conclusión no se puede establecer según los datos

existentes. Se precisan comparaciones directas entre los distintos grupos de población para evaluar realmente la prevalencia relativa de la sintomatología del TDAH en las diferentes culturas y países. Hasta el momento, sólo se ha realizado uno de estos estudios. Gadow y cols. (15) estudiaron la prevalencia de la sintomatología del TDAH en un grupo de 600 niños ucranianos (edad de 10 a 12 años) y en un grupo de 443 niños estadounidenses con equiparación de la edad. Los niños ucranianos formaban un grupo que había vivido en un radio de 30 kilómetros de la central nuclear de Chernobyl y que fueron evacuados hasta Kyiv, en donde vivieron los 10 años siguientes. En este estudio, se observó una prevalencia de sintomatología del TDAH del 19,8 % en los niños ucranianos, en comparación con el 9,7 % en los niños norteamericanos. No se determinó la razón por la que la prevalencia de la sintomatología del TDAH fue mucho mayor en el grupo de niños ucranianos. Es posible que la mayor prevalencia en los niños ucranianos sea un reflejo de la adversidad ambiental y de los trastornos psicosociales asociados al desastre de Chernobyl, pero no se pueden establecer conclusiones firmes en este sentido en ausencia de un grupo control apropiado formado por niños ucranianos.

Aunque los grupos de población estudiados en los artículos considerados en esta revisión no son necesariamente representativos de los grupos de población infantiles en todo el mundo, los datos obtenidos son suficientes para demostrar que el TDAH no es un trastorno puramente norteamericano y que la prevalencia de esta alteración del comportamiento es en muchos países similar a la que hay en Estados Unidos. A pesar de que en este análisis se excluyeron varios estudios de prevalencia debido a que en los mismos se utilizaron otros criterios diagnósticos, como los criterios CIE-9 y CIE-10, los grupos de población estudiados en los mismos aparecen representados en su mayor parte en los estudios que sí fueron incluidos en el análisis. Así, no es probable que la decisión de incluir sólo los estudios en los que se utilizaron criterios diagnósticos del DSM convirtiera los estudios seleccionados en no representativos de los grupos de población estudiados hasta el momento.

El reconocimiento de que el TDAH es un trastorno que afecta a un porcentaje significativo de niños en muchos países presenta implicaciones importantes en la asistencia psiquiátrica infantil. En numerosos estudios, se ha demostrado que el tratamiento apropiado puede influir de manera significativa en los síntomas del TDAH y, por tanto, puede ayudar a los niños y a sus familias a superar los problemas asociados a este trastorno y a vivir con él (54,55). Las opciones terapéuticas son: estrategias de tipo educativo que pueden ayudar al niño y al adolescente a alcanzar su potencial académico tanto en el colegio como en la universidad; tratamientos de modificación del comportamiento dirigidos a enseñar al niño, a sus padres y a los profesores a modificar los comportamientos más problemáticos, y tratamiento farmacológico que ha demostrado ser muy efectivo para el control a largo plazo de los síntomas más importantes. No obstante, en ausencia de un reconocimiento adecuado de este trastorno por parte de la comunidad médica, de los profesionales de la enseñanza y de la sociedad en general, los niños que presentan este trastorno del comportamiento tienen pocas posibilidades de recibir la asistencia que requieren para alcanzar su potencial pleno tanto en el colegio como en su casa y durante su vida adulta.

En conclusión, los datos obtenidos en los estudios en los que se han utilizado criterios del DSM para evaluar la prevalencia del TDAH en grupos de población representativos de niños y adolescentes indican que no hay una diferencia convincente entre la prevalencia de esta enfermedad en Estados Unidos y en la mayor parte de los demás países o culturas. Es difícil establecer comparaciones precisas entre los distintos países debido a que la prevalencia estimada está muy influenciada por las formas de evaluación y por las características del grupo de población estudiado. Sin embargo, el rango de las tasas de prevalencia de los síntomas del TDAH observado en los grupos de población de niños esta-

dounidenses parece ser similar al rango de tasas de prevalencia observado en grupos de población de niños de otros países (excepto en lo relativo a Islandia, Australia, Italia y Suecia).

Una limitación de la bibliografía revisada es el hecho de que en muchos de los estudios se han utilizado mediciones efectuadas con escalas más que obtenidas a través de entrevistas con los padres y los pacientes. A diferencia de los métodos de valoración según una escala, los procedimientos basados en entrevista pueden reproducir con mayor precisión los resultados que se esperarían en una evaluación clínica, y pueden incorporarse mejor en los criterios de alteración y afectación de los diagnósticos del TDAH según los criterios del DSM. Se necesitan nuevos estudios basados en entrevistas para evaluar la prevalencia del TDAH según los criterios del DSM-IV con comparación directa de la prevalencia en los diferentes países, con objeto de poder determinar con claridad cuál es la prevalencia del TDAH en todo el mundo. En nuestro análisis también se ha utilizado el DSM como método para comparar la prevalencia del TDAH entre las distintas culturas. Tal como han señalado Hartman y cols. (56), es posible que la mejora de la objetividad de los síntomas pueda incrementar la precisión de la medición y facilitar una evaluación mejor de la validez de las categorías diagnósticas en todo el país. Además, este tipo de investigación se debe continuar en la práctica clínica con un mayor conocimiento de este trastorno y de los métodos efectivos que permiten aliviar sus síntomas y los problemas que causa tanto a los pacientes como a la sociedad en su conjunto.

## Agradecimientos

Este estudio ha sido sufragado en parte por las ayudas R01MH57934, R01HD37694 y R13MH59126 del National Institute of Health (S. Faraone, investigador principal), y también por una ayuda de Johnson and Johnson (J. Biederman, investigador principal).

*World Psychiatry* 2003; 2: 104-113

## Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
2. Biederman J, Wilens T, Mick E et al. Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:21-9.
3. Mash EJ, Johnston C. Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:86-99.
4. Murphy KR, Barkley RA. Parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: psychological and attentional impairment. *Am J Orthopsychiatry* 1996;66:93-102.
5. Taylor E, Sandberg S. Hyperactive behavior in English schoolchildren: a questionnaire survey. *J Abnorm Child Psychol* 1984;12:143-55.
6. Taylor A. The overactive child. London: The Spastics Society, 1986.
7. Gleeson D, Parker D. Hyperactivity in a group of children referred to a Scottish Child Guidance Service: a significant problem. *Br J Educ Psychol* 1989;59:262-5.
8. Miller RG Jr, Palkes HS, Stewart MA. Hyperactive children in suburban elementary schools. *Child Psychiatry Hum Dev* 1973;4:121-7.
9. Lambert NM, Sandoval J, Sassone D. Prevalence of hyperactivity in elementary school children as a function of social system definers. *Am J Orthopsychiatry* 1978;48:446-63.

10. Safer D, Allen RP. *Hyperactive children: diagnosis and management*. Baltimore: University Park Press, 1976.
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed., rev. Washington: American Psychiatric Association, 1987.
13. Magnusson P, Smari J, Gretarsdottir H et al. Attention-deficit/hyperactivity symptoms in Icelandic schoolchildren: assessment with the Attention Deficit/Hyperactivity Rating Scale-IV. *Scand J Psychol* 1999;40:301-6.
14. Pineda D, Ardila A, Rosselli M et al. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in 4- to 17-year-old children in the general population. *J Abnorm Child Psychol* 1999;27:455-62.
15. Gadow KD, Nolan EE, Litcher L et al. Comparison of attention-deficit/hyperactivity disorder symptom subtypes in Ukrainian schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:1520-7.
16. Baumgaertel A, Wolraich ML, Dietrich M. Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:629-38.
17. Wolraich ML, Hannah JN, Pinnock TY et al. Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:319-24.
18. Wolraich ML, Hannah JN, Baumgaertel A et al. Examination of DSM-IV criteria for attention deficit/hyperactivity disorder in a county-wide sample. *J Dev Behav Pediatr* 1998;19:162-8.
19. Graetz BW, Sawyer MG, Hazell PL et al. Validity of DSM-IV ADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:1410-7.
20. Swanson JM, Sergeant JA, Taylor E et al. Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *Lancet* 1998;351:429-33.
21. Brown RT, Freeman WS, Perrin JM et al. Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care settings. *Pediatrics* 2001;107:43.
22. Cohen P, Cohen J, Kasen S et al. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence—I. Age- and gender-specific prevalence. *J Child Psychol Psychiatry* 1993;34:851-67.
23. Gomez-Beneyto M, Bonet A, Catala MA et al. Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89:352-7.
24. Breton JJ, Bergeron L, Valla JP et al. Quebec child mental health survey: prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40:375-84.
25. Yao KN, Solanto MV, Wender EH. Prevalence of hyperactivity among newly immigrated Chinese-American children. *J Dev Behav Pediatr* 1988;9:367-73.
26. Newcorn JH, Halperin JM, Schwartz S et al. Parent and teacher ratings of attention-deficit hyperactivity disorder symptoms: implications for case identification. *J Dev Behav Pediatr* 1994;15:86-91.
27. King C, Young RD. Attentional deficits with and without hyperactivity: teacher and peer perceptions. *J Abnorm Child Psychol* 1982;10:483-95.
28. Shekim WO, Kashani J, Beck N et al. The prevalence of attention deficit disorders in a rural midwestern community sample of nine-year-old children. *J Am Acad Child Psychiatry* 1985;24:765-70.
29. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock C et al. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria—III. Mother-child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 1991;32:233-55.
30. Fischer M, Barkley RA, Fletcher KE et al. The stability of dimensions of behavior in ADHD and normal children over an 8-year followup. *J Abnorm Child Psychol* 1993;21:315-37.
31. McGee R, Feehan M, Williams S et al. DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:611-9.
32. Schaughency E, McGee R, Raja SN et al. Self-reported inattention, impulsivity, and hyperactivity at ages 15 and 18 years in the general population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:173-84.
33. Taylor E, Sandberg S, Thorley G et al. *The epidemiology of childhood hyperactivity*. London: Oxford University Press, 1991.
34. Leung PW, Luk SL, Ho TP et al. The diagnosis and prevalence of hyperactivity in Chinese schoolboys. *Br J Psychiatry* 1996;168:486-96.
35. Cuffe SP, McKeown RE, Jackson KL et al. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in a community sample of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:1037-44.
36. August GJ, Garfinkel BD. Behavioral and cognitive subtypes of ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:739-48.
37. August GJ, Realmuto GM, MacDonald AW III et al. Prevalence of ADHD and comorbid disorders among elementary school children screened for disruptive behavior. *J Abnorm Child Psychol* 1996;24:571-95.
38. Pelham WE Jr, Gnagy EM, Greenslade KE et al. Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:210-8.
39. Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK et al. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. *Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:865-77.
40. Simonoff E, Pickles A, Meyer JM et al. The Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development. Influences of age, sex, and impairment on rates of disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:801-8.
41. Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE et al. Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Psychol* 1993;102:133-44.
42. Barkley RA, Anastopoulos AD, Guevremont DC et al. Adolescents with ADHD: patterns of behavioral adjustment, academic functioning, and treatment utilization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30:752-61.
43. Kadesjo B, Gillberg C. Attention deficits and clumsiness in Swedish 7-year-old children. *Dev Med Child Neurol* 1998;40:796-804.
44. Kadesjo B, Gillberg C. The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;42:487-92.
45. Zohar AH, Ratzoni G, Pauls DL et al. An epidemiological study of obsessive-compulsive disorder and related disorders in Israeli adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:1057-61.
46. Verhulst FC, van der Ende J, Ferdinand RF et al. The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:329-36.
47. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in a birth cohort of 15 year olds. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:1127-34.
48. Murphy K, Barkley AR. Prevalence of DSM-IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: implications for clinical diagnosis. *J Attention Disord* 1996;1:147-61.
49. Carlson CL, Tamm L, Gaub M. Gender differences in children with ADHD, ODD, and co-occurring ADHD/ODD identified in a school population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1706-14.

50. Rowland AS, Umbach DM, Catoe KE et al. Studying the epidemiology of attention-deficit hyperactivity disorder: screening method and pilot results. *Can J Psychiatry* 2001;46:931-40.
51. Rohde LA, Barbosa G, Polanczyk G et al. Factor and latent class analysis of DSM-IV ADHD symptoms in a school sample of Brazilian adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:711-8.
52. Gomez R, Harvey J, Quick C et al. DSM-IV AD/HD: confirmatory factor models, prevalence, and gender and age differences based on parent and teacher ratings of Australian primary school children. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40:265-74.
53. Essau CA, Groen G, Conradt J et al. Frequency, comorbidity and psychosocial correlates of attention-deficit/hyperactivity disorder. Results of a Bremen adolescent study. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1999;67:296-305.
54. Multimodal Treatment Study Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder: the multimodal treatment study of children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:1073-86.
55. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2001;108:1033-44.
56. Hartman CA, Hox J, Mellenbergh GL et al. DSM-IV internal construct validity: when a taxonomy meets data. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;42:817-36.
57. Bauermeister JJ, Alegria M, Bird HR et al. Are attentional-hyperactivity deficits unidimensional or multidimensional syndromes? Empirical findings from a community survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:423-31.
58. Sztamari P, Offord DR, Boyle MH. Ontario Child Health Study: prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *J Child Psychol Psychiatry* 1989;30:219-30.
59. Shen YC, Wang YF, Yang XL. An epidemiological investigation of minimal brain dysfunction in six elementary schools in Beijing. *J Child Psychol Psychiatry* 1985;26:777-87.
60. Bhatia MS, Nigam VR, Bohra N et al. Attention deficit disorder with hyperactivity among paediatric outpatients. *J Child Psychol Psychiatry* 1991;32:297-306.
61. Verhulst FC, Berden GF, Sanders-Woudstra JA. Mental health in Dutch children (II). The prevalence of psychiatric disorder and relationship between measures. *Acta Psychiatr Scand* 1985;72 (Suppl. 324):1-45.
62. Puura K, Almqvist F, Tamminen T et al. Psychiatric disturbances among prepubertal children in southern Finland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:310-8.
63. Gallucci F, Bird HR, Berardi C et al. Symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder in an Italian school sample: findings of a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:1051-8.
64. Kanbayashi Y, Nakata Y, Fujii K et al. ADHD-related behavior among non-referred children: parents' ratings of DSM-III-R symptoms. *Child Psychiatry Hum Dev* 1994;25:13-29.
65. Landgren M, Pettersson R, Kjellman B et al. ADHD, DAMP and other neurodevelopmental/psychiatric disorders in 6-year-old children: epidemiology and co-morbidity. *Dev Med Child Neurol* 1996;38:891-906.
66. Wang YC, Chong MY, Chou WJ et al. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in primary school children in Taiwan. *J Formos Med Assoc* 1993;92:133-8.
67. Gimpel GA, Kuhn BR. Maternal report of attention deficit hyperactivity disorder symptoms in preschool children. *Child Care Health Dev* 2000;26:163-76.
68. Hudziak JJ, Heath AC, Madden PF et al. Latent class and factor analysis of DSM-IV ADHD: a twin study of female adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:848-57.
69. Nolan EE, Gadow KD, Sprafkin J. Teacher reports of DSM-IV ADHD, ODD, and CD symptoms in schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:241-9.
70. Guardiola A, Fuchs FD, Rotta NT. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorders in students. Comparison between DSM-IV and neuropsychological criteria. *Arq Neuropsiquiatr* 2000;58:401-7.
71. Rohde LA, Biederman J, Busnello EA et al. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:716-22.
72. Pineda DA, Lopera F, Henao GC et al. Confirmation of the high prevalence of attention deficit disorder in a Colombian community. *Rev Neurol* 2001;32:217-22.

# Adaptaciones de la psicoterapia interpersonal de grupo para su aplicación en un país en vías de desarrollo: experiencia en una zona rural de Uganda

HELEN VERDELI<sup>1</sup>, KATHLEEN CLOUGHERTY<sup>1</sup>, PAUL BOLTON<sup>2</sup>, LIESBETH SPEELMAN<sup>3</sup>, LINCOLN NDOGONI<sup>3</sup>, JUDITH BASS<sup>4</sup>, RICHARD NEUGEBAUER<sup>5</sup>, MYRNA M. WEISSMAN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Division of Clinical and Genetic Epidemiology, New York State Psychiatric Institute, Columbia University College of Physicians and Surgeons, 1051 Riverside Drive, New York, NY 10032, USA; <sup>2</sup>Center for International Emergency, Disaster and Refugee Studies, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD 20205, USA; <sup>3</sup>World Vision Psychological Program, Africa Technical Services, Nairobi, Kenya; <sup>4</sup>Department of Mental Hygiene, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD 20205, USA; <sup>5</sup>Epidemiology of Developmental Brain Disorders Department, New York State Psychiatric Institute, Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York, NY 10032, USA

*La prevalencia actual de la sintomatología depresiva en el suroeste de Uganda, una zona muy afectada por la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), llega a ser de hasta el 21 %. Los curanderos tradicionales han señalado su incapacidad para tratar estos síntomas. La falta de médicos y los elevados costes de la medicación hacen que el uso de antidepresivos no sea factible. Por tanto, la psicoterapia basada en la evidencia se ha considerado una opción terapéutica razonable por parte de un equipo de investigadores sanitarios familiarizados con la cultura local, que diseñaron un ensayo clínico con control y asignación aleatoria. Se seleccionó la psicoterapia interpersonal en formato de grupo (PIP-G) debido a que su duración era limitada, aparecía descrita en un manual y había demostrado su eficacia en ensayos clínicos. Además, su énfasis sobre los desencadenantes interpersonales de la depresión se consideró compatible con la cultura local. En este artículo se describe el proceso de adaptación del manual de psicoterapia así como el proceso de formación de los directores de grupo que llevaron a cabo el primer ensayo clínico sobre psicoterapia realizado en África.*

**Palabras clave:** psicoterapia interpersonal, depresión, Uganda, manual de psicoterapia, ensayo clínico

La psicoterapia interpersonal (PIP) es una psicoterapia de duración limitada que fue desarrollada originalmente como tratamiento individual para pacientes con depresión no psicótica unipolar (1). La PIP aparece especificada en un manual, ha sido evaluada en numerosos ensayos clínicos de carácter abierto y con asignación aleatoria, y ha demostrado ser eficaz en diversos trastornos del estado de ánimo y otros trastornos tanto en adolescentes como en adultos (2). Originalmente, se desarrolló una adaptación para grupo de la PIP en el tratamiento de la bulimia (3), y en el presente se está probando en casos de depresión en los adolescentes (4,5), en mujeres con trastorno de estrés post-traumático debido a violencia (6), en pacientes con fobia social (7) y en mujeres con depresión posparto (8,9).

La mayor parte de las adaptaciones de la PIP se han desarrollado y evaluado en países industrializados (Estados Unidos, Canadá, Australia, Japón y varios países europeos). Actualmente, se está efectuando en Brasil una adaptación de la PIP individual para su aplicación en pacientes distímicos (2), mientras que en Turquía se está desarrollando un manual de PIP de grupo para pacientes con trastorno bipolar. Sin embargo, hasta el momento no se tienen datos acerca de la eficacia de la PIP y de su capacidad de adaptación para su aplicación en estas culturas. Por tanto, todavía no sabemos cuáles son los aspectos de la estructura de la PIP que podrían ser importantes en los países no occidentales y en vías de desarrollo (la estructura incluye el modelo médico; el contexto interpersonal de la depresión, y las cuatro categorías de crisis interpersonales asociadas al inicio de los episodios depresivos [las cuatro «áreas problemáticas»: aflicción, disputas interpersonales, cambios de modelo vital y déficit en las relaciones interpersonales]). En este artículo se describen los fundamentos y el proceso de adaptación de la PIP de grupo (PIP-G) para la realización de un ensayo clínico con asignación aleatoria en personas con depresión residentes en un país de África oriental en vías de desarrollo, Uganda.

## CONTEXTO DEL PROYECTO UGANDA

En varios estudios realizados a lo largo de los 25 últimos años se han observado niveles importantes de sintomatología depre-

siva en Uganda: Orley y cols. (10) observaron una tasa actual del 25,3 % de sintomatología depresiva clínicamente significativa en un grupo comunitario mediante el uso del instrumento *Present State Examination*. En una encuesta de salud mental efectuada en el año 2000 en el suroeste de Uganda, una zona gravemente afectada por la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la tasa de sintomatología depresiva actual (durante la última semana) en la comunidad evaluada mediante la *Hopkins Symptom Checklist* (HSCL) llegó hasta el 24 %. Incluso al añadir el criterio de déficit de las relaciones interpersonales, la tasa de prevalencia fue del 21 % (11). Estas tasas fueron mayores que las observadas en la vecina Ruanda, en donde 5 años antes había tenido lugar un genocidio devastador. Mediante el mismo instrumento, Bolton y cols. observaron una tasa de prevalencia puntual del 15,5 % en la sintomatología depresiva clínicamente significativa en varias comunidades ruandesas (12). Por otra parte, en el estudio *Epidemiologic Catchment Area Study* efectuado sobre cinco grupos comunitarios estadounidenses, se observó una prevalencia puntual mensual de trastornos depresivos y de sintomatología depresiva clínicamente significativa del 10 % (13). Las comparaciones de las tasas absolutas de los trastornos o de los niveles de sintomatología entre los distintos estudios siempre es peligrosa cuando han existido diferencias entre los mismos respecto a los métodos para la selección de los participantes, la medición de la sintomatología psiquiátrica, las características culturales y sociodemográficas de la población estudiada, etc. No obstante, las comparaciones preliminares indican que la tasa de prevalencia puntual de depresión en Uganda es elevada tanto si se refiere a los valores de la zona como a los occidentales.

La depresión se ha asociado a una morbilidad e incapacidad importantes en los distintos países: es la segunda causa de discapacidad con ajuste a los años de vida (DALY) después de la cardiopatía; el DALY es un índice que representa la suma de los años de vida perdidos a causa de fallecimiento prematuro y los años de vida con discapacidad (14,15). En numerosos estudios, la depresión se ha asociado a diversos comportamientos de riesgo alto respecto a la infección por el VIH (16).

La investigación etnográfica efectuada en los distritos de Masaka y Rakai, en el suroeste de Uganda, por Bolton y cols. en

2000 (17), demostró que la depresión era reconocida en las distintas comunidades como una fuente de alteración del funcionamiento social. Los síntomas depresivos eran considerados por los habitantes de esas zonas como una de las consecuencias más importantes de la epidemia de infección por VIH (durante el decenio de 1990, en el suroeste de Uganda, la tasa de prevalencia del VIH era del 23 %, una de las más altas de todo el mundo). Además, los síntomas depresivos se describían como dos síndromes asociados, «*y'okwetchawa*» y «*okwekubaziga*» en el lenguaje local, el Luganda, términos que significan repugnancia por uno mismo y pena por uno mismo, respectivamente. Las personas con «*y'okwetchawa*» casi siempre presentaban «*okwekubaziga*», pero las que padecían «*okwekubaziga*» (el síndrome más habitual) a menudo no padecían «*y'okwetchawa*». Los habitantes de estas zonas también señalaban la discapacidad asociada a estos síndromes: dificultades importantes para realizar el trabajo, para participar en las funciones y rituales comunitarios y para atenderse a sí mismos, a los hijos o a otros familiares (12).

Las personas con depresión que viven en estas comunidades acuden en ocasiones a los curanderos tradicionales para el tratamiento del «*y'okwetchawa*» y del «*okwekubaziga*». Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre con los curanderos tradicionales de otros países africanos, varios de los residentes en estas comunidades entrevistados en la encuesta de 2000 expresaron su incapacidad para el tratamiento de estos síndromes (17). La falta de médicos y el elevado coste de los medicamentos hacían prohibitivo el uso de los antidepresivos, especialmente en las zonas rurales. La psicoterapia fue considerada por Bolton y cols. como la única opción terapéutica con posibilidades de ser efectiva. Para su aplicación adecuada, cualquier forma de psicoterapia a aplicar en esta población no debe requerir la participación de profesionales de la salud mental con un grado elevado de formación (debido a la falta de profesionales de la salud mental bien formados para realizar la psicoterapia en estas comunidades) y debe ser posible su realización en grupos (con objeto de incrementar la cobertura y reducir los costes). Es destacable el hecho de que la idoneidad y eficacia de cualquier forma de psicoterapia para la depresión no han sido estudiadas previamente en Uganda.

Para comprobar si la psicoterapia podía ser efectiva en esta región, Bolton y cols. diseñaron un ensayo clínico con asignación aleatoria y control para su aplicación en los distritos de Masaka y Rakai, correspondientes al suroeste de Uganda, con objeto de comparar la psicoterapia con el tratamiento habitual.

En el proceso de selección de una psicoterapia basada en la evidencia como tratamiento de la depresión, Bolton y varios colaboradores africanos revisaron el tratamiento conductual cognitivo (TCC) y la PIP debido a que ambas son formas de intervención terapéutica basadas en la evidencia y dirigidas contra la depresión que pueden ser aplicadas en formato de grupo. El TCC requiere que los participantes controlen y modifiquen su comportamiento y sus procesos de pensamiento. La PIP requiere que los participantes estudien el contexto interpersonal de su depresión, encuentren los puntos de enlace entre la depresión y el ambiente, y realicen cambios en sus interacciones. Bolton y cols. consideraron que el TCC era demasiado ajeno para el abordaje de solución de problemas utilizado en la mayor parte de las culturas del África Subsahariana. En estas culturas, las personas tienden a considerarse a sí mismas como parte de una familia y de una comunidad, antes que como individuos. Por tanto, la PIP se consideró el abordaje más relevante.

El énfasis sobre el proceso de grupo difiere entre los distintos investigadores de la PIP: Wilfley y cols. (3) han recomendado el uso del grupo como un laboratorio interpersonal para identificar los patrones de comunicación problemáticos, inclu-

yendo los existentes entre los miembros del grupo. Mufson y cols. (18), en su estudio sobre grupos de adolescentes con depresión, consideraron que es contraproducente, debido a que da lugar a la posibilidad de expresión de hostilidad y crítica que puede interferir con el rendimiento de la PIP en los pacientes de este grupo de edad. Para la aplicación de la PIP en Uganda (PIP-UG), se decidió intentar un trabajo en grupo siguiendo las líneas del enfoque de Wilfley, pero prestando un énfasis mayor a las características de apoyo y cohesión del proceso.

## DESARROLLO DE LA PSICOTERAPIA INTERPERSONAL DE GRUPO PARA SU APLICACIÓN EN UGANDA (PIP-UG)

Myrna Weissman y cols., del New York State Psychiatric Institute y del College of Physicians and Surgeons of Columbia University, efectuaron la adaptación del manual para este proyecto, así como la formación de los directores de grupo en el suroeste de Uganda. Los directores de grupo que recibieron la formación eran trabajadores de World Vision (la organización no gubernamental [ONG] que realizó la implementación y financiación parcial del estudio) con nivel universitario pero sin conocimientos de cuestiones clínicas. La hipótesis planteada fue que las consideraciones básicas respecto al modelo de PIP deberían ser, al menos en cierto grado, aplicables a la cultura de Uganda. Esperábamos que:

- La depresión fuera reconocida como un trastorno asociado a discapacidad y con patrones sintomáticos distintivos. Teníamos conocimiento de la investigación etnográfica que se había efectuado en los distritos de Masaka y Rakai, que confirmaba el reconocimiento de la depresión en forma de dos síndromes, «*y'okwetchawa*» y «*okwekubaziga*». Estos síndromes contenían todos los criterios sintomáticos y funcionales del DSM-IV, pero también otros síntomas de carácter más local (p. ej., la ausencia de respuesta al ser saludado, el odio al mundo, la falta de apreciación de la ayuda). «*Y'okwetchawa*» es el más grave de los dos y uno de sus síntomas es la ideación de suicidio (11).

- Las cuatro áreas de problemas interpersonales abordadas en la PIP (aflicción, disputas interpersonales, cambio de modelo de vida y déficit de las relaciones interpersonales) fueran desencadenantes de la depresión en las comunidades de Uganda. Aunque las pérdidas, los conflictos, los cambios vitales y el aislamiento social parecen constituir experiencias humanas universales, no estábamos seguros de si podrían ser factores desencadenantes importantes de la depresión en estas comunidades o bien si habría otros desencadenantes importantes que no fueran abordados por el modelo de PIP. Se cuantificó la evaluación de este aspecto mediante preguntas abiertas a los directores de grupo que recibieron la información, con preguntas no dirigidas acerca de las causas locales de la depresión y con consideración de si sus respuestas correspondían con las cuatro áreas de problemas citadas.

- La mejora de la comunicación y de la toma de decisiones en las distintas áreas de problemas daría lugar a una mejoría sintomática. Se ha obtenido evidencia de ello en varios ensayos clínicos efectuados en países occidentales (2). Sin embargo, esta relación no ha sido examinada en los países en vías de desarrollo. Aunque los mecanismos del cambio terapéutico inducido por la PIP no han sido determinados, la generación de opciones para la comunicación y relación interpersonal, el incremento de la sensación de control, la definición de las expectativas y la reducción del aislamiento social son algunos de los mecanismos propuestos para explicar la disminución de la desesperanza y el desamparo inherentes a la depresión.

En febrero de 2002, dos expertos en PIP (KC y HV) se trasladaron al distrito de Masaka, en Uganda, para realizar la for-

mación de los nueve directores de grupo que hablaban inglés y el Luganda. La formación se realizó en inglés y fue reforzada por dos trabajadores de World Vision (LN, un psicólogo de Kenia con experiencia en terapia de grupo, y LS, un psicólogo holandés con una amplia experiencia en intervenciones de salud mental sobre refugiados). Ambos psicólogos permanecieron en la zona para supervisar a los directores de grupo tras la partida de los expertos que realizaron su formación.

## ADAPTACIÓN DEL MANUAL

En conjunto, en el manual de formación de PIP-UG se mantuvo la estructura básica de la PIP, aunque simplificada, para que pudiera ser utilizada por personas sin conocimientos clínicos. Los principales cambios añadidos fueron notas detalladas en un lenguaje sencillo: la aflicción se consideró el fallecimiento de una persona querida; las disputas se denominaron desavenencias; los cambios de modelo se refirieron a cambios de vida, y los déficit en las relaciones interpersonales se definieron como soledad y apartamiento. Sobre la marcha, se realizaron numerosas modificaciones para mejorar la aplicación de la forma de intervención a la cultura local, y estas modificaciones se incorporaron posteriormente en el manual (19). La fuente principal de información sobre los distintos aspectos de la cultura local la constituyeron los propios directores de grupo, debido a que estas personas vivían y se habían criado en los distritos participantes en el estudio. Las adaptaciones se realizaron tras la consulta con los directores de grupo y se describen en los siguientes apartados.

### Diagnóstico de la depresión

El diagnóstico de la depresión se realiza durante el encuentro inicial entre el director de grupo y cada uno de los miembros del grupo de manera individual. Debido a que el experto en PIP comienza estableciendo el diagnóstico de la depresión y determinando sus factores desencadenantes y su tratamiento, durante la fase de formación fue importante desarrollar una comprensión común de la depresión. Se pidió a los directores de grupo que describieran a una persona deprimida a la que conocieran, y que expusieran su comportamiento. Los directores de grupo estaban familiarizados con la depresión (identificada mediante los dos términos ya mencionados «*y'okwetchawa*» y «*okwekubaziga*») y describieron los signos y síntomas de la misma recogidos en el DSM-IV (tristeza, problemas para dormir, falta de apetito, ausencia de interés y rechazo de uno mismo y de la familia, ideas de suicidio, pérdida de la autoestima, sensación de falta de energía y nerviosismo). Los directores de grupo aceptaban en conjunto el concepto de depresión como enfermedad asociada a discapacidad y se sentían cómodos haciendo que cada uno de los miembros del grupo con el diagnóstico de depresión conociera este hecho.

La descripción local de la depresión incluía síntomas que no correspondían a los criterios del DSM-IV (ya mencionados). Estos síntomas fueron incluidos en la evaluación diagnóstica inicial y al comienzo de cada sesión.

### Explicación del compromiso terapéutico

Durante la reunión inicial, el director de grupo explicó cómo debía trabajar cada grupo. En el encuentro individual entre el director de grupo y cada uno de los miembros del mismo, se explicó que los grupos estarían constituidos por personas del mismo sexo, para facilitar la realización de declaraciones (el sexo del director de grupo también era el mismo que el de los componentes del grupo). Fue necesario subrayar tanto en el en-

cuentro individual como, de manera repetida, durante las reuniones de grupo, que el director de grupo no proporcionaría ningún bien material (World Vision y otras ONG ofrecían ayudas económicas y relacionadas con la sanidad a la comunidad en la que se realizó el estudio). En vez de ello, se explicó que el director y los miembros del grupo debían colaborar para identificar las situaciones que podrían contribuir a la depresión de los miembros del grupo, y también para determinar lo que podrían hacer para sentirse mejor. También se explicó que tanto el director como los miembros del grupo podían trabajar para intentar identificar a las personas de la comunidad, de los órganos gubernamentales y de las ONG que podrían aportar asistencia económica y médica de manera continua, con objeto de conseguir que les ayudaran. Se plantearon problemas relativos a la confidencialidad. A los miembros de los grupos se les pidió que no expusieran a personas ajenas al grupo los contenidos de las reuniones del mismo. Sin embargo, los directores de grupo señalaron que esto podía ser interpretado erróneamente por algunos como secretismo o conspiración (tal como señaló uno de ellos, «las gentes del pueblo van a pensar que estamos iniciando un nuevo movimiento político o que estamos intentando que las mujeres lleven a cabo un control de la natalidad»). Tanto los especialistas que realizaron la formación como los directores de grupo que la recibieron decidieron que era adecuado aportar tanto a la comunidad como a los familiares algún tipo de información general acerca del objetivo del grupo, pero que era necesario evitar comentar los aspectos más específicos.

Inicialmente, se planificó la realización de 16 sesiones semanales de 90 minutos a efectuar en un lugar específico (centros comunitarios, iglesias, espacios abiertos).

Durante la fase de formación quedó claro que era necesaria una flexibilidad considerable en la estructura para que el proyecto pudiera salir adelante. En el caso de los acontecimientos importantes de la comunidad, como funerales o bodas, participaba todo el pueblo, y por tanto tendrían que cambiar las reuniones que coincidiesen con estas situaciones. Además, era de esperar que se produjesen interrupciones durante las reuniones, debido al deseo de los familiares de algún miembro del grupo de hablar con él o debido a las necesidades de los niños lactantes. Los directores decidieron que los miembros del grupo debían manejar estas situaciones y decidir la política de interrupciones.

### Áreas problemáticas

Cuando se preguntó por los factores desencadenantes de la depresión en estas comunidades, los directores de grupo identificaron los problemas interpersonales que corresponden a tres de las cuatro áreas de problemas abordados por la PIP (es decir, el fallecimiento de un ser querido, las desavenencias y los cambios vitales). Aportaron los ejemplos siguientes:

a) El fallecimiento de un ser querido: el fallecimiento de un familiar o de un amigo cercano debido a síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), a otras enfermedades, a drogas, a causas naturales, etc.

b) Desavenencias: problemas con los vecinos acerca del límite de una propiedad o de los animales, por cuestiones políticas, familiares que reclaman privilegios que pertenecen tradicionalmente a otros miembros de la familia (por la edad, el sexo o alguna otra forma de jerarquía familiar/social), mujeres que protestan o que aceptan de manera pasiva sin temor el requerimiento del marido infectado por el VIH para no utilizar preservativos.

c) Cambios vitales: contraer el SIDA y otras enfermedades, incapacidad para encontrar un empleo, contraer matrimonio y desplazarse hasta el hogar del marido, asumir la decisión del

marido de conseguir una nueva esposa (la poligamia se practica en Uganda a pesar del hecho de que el 67 % de la población es de religión cristiana).

Mientras que tres de las cuatro áreas problemáticas abordadas por la PIP concordaban con los problemas asociados a la depresión identificada por los directores de grupo, la cuarta área problemática –la soledad y el aislamiento social– no fue reconocida por éstos como algo importante en sus comunidades debido a que las personas eran animadas a participar en las actividades comunitarias todos los días y a que el aislamiento de la comunidad era infrecuente. Consideraron que el aislamiento podía ser el resultado más que el factor desencadenante de la depresión. Se observaron casos de aislamiento debido a marginación tras un cambio en el nivel social (fallecimiento del marido, SIDA, etc.), pero finalmente se consideró que el aislamiento era la consecuencia de un cambio vital más que un déficit social.

Los directores de grupo destacaron a menudo la pobreza como un factor desencadenante de la depresión, y se debatió si debía ser añadida como una nueva área problemática. Muchos de los aspectos de la pobreza no son interpersonales (p. ej., la malnutrición), y las adversidades asociadas a la misma pueden ser crónicas y acumulativas más que del «aquí y ahora», y están relativamente circunscritas, como ocurre con los demás casos problemáticos abordados por la PIP. Se decidió considerar la pobreza como un factor de riesgo para la depresión más que como un factor desencadenante de la misma, con consideración de las situaciones interpersonales concretas asociadas a la propia pobreza (cambio de posición social, disputas y aflicción). Así, esperábamos manejar los aspectos de la pobreza que están bajo el control de la persona, teniendo en cuenta que muchos de ellos no lo están.

En cada área problemática se realizaron las adaptaciones siguientes:

- *Depresión tras el fallecimiento de un ser querido.* Un aspecto especialmente difícil fue la reconstrucción de la relación con la persona fallecida en una cultura que no tolera ninguna forma de mención negativa del fallecido: «los muertos viven entre nosotros», es un dicho popular en estas comunidades. La formulación más precisa de una pregunta dirigida a determinar las experiencias negativas con el fallecido fue: «¿hubo momentos en su vida junto al fallecido en los que se sintió decepcionado por él?».

*Ejemplo de caso.* Una mujer casada de aproximadamente 50 años de edad vive con su marido y fue diagnosticada de depresión por los expertos que realizaron los entrevistas. A pesar de sus dudas iniciales acerca de la utilidad de la psicoterapia para su estado, estuvo de acuerdo en acudir a las sesiones de grupo. El primer fallecimiento por el VIH tuvo lugar en su hogar en 1990, y en el año 2000 la paciente había perdido a cinco de sus nueve hijos. En 2001, su hija mayor casada, a la que estaba muy unida, desapareció y al poco tiempo la paciente recibió la noticia de que esta hija también había fallecido. La paciente no sabía exactamente lo que había ocurrido y nunca había visto el cuerpo de su hija ni sabía dónde estaba enterrada. Junto con su marido, habían educado a los hijos hasta un nivel universitario, y la mayor parte de los fallecidos eran los que traían el dinero a casa para sus padres ya mayores. Durante la fase inicial del tratamiento, la paciente pasó la mayor parte del tiempo llorando, hablando muy poco sobre sus problemas y apenas contribuyendo en las cuestiones planteadas por los otros miembros del grupo. En las reuniones, la paciente hablaba lentamente y comunicó una tristeza y angustia intensas, con dificultades para dormir, caminar y comer, con pérdida de memoria y de capacidad de concentración, así como agotamiento. La paciente señaló que estaba enferma pero no sabía qué es lo que le pasaba. Durante la fase intermedia de las reuniones, y tras un esfuerzo considerable para apoyar a la paciente por parte del director y de los otros miembros del grupo, empezó a contar sus experiencias en relación con la pérdida de sus hijos, sus relaciones con ellos y lo que

le había cambiado la vida. Señaló que desde su muerte, había permanecido en casa llorando casi todo el tiempo, irritado con ello a su marido hasta el punto de que éste ya no podía ni siquiera trabajar en su tierra. La paciente describió sus esfuerzos para hacer alfombras con el objeto de ganarse la vida, que ahora ya resultaban inútiles debido a sus problemas de concentración, que le hacían confundir los colores. Sus dos hijos vivos habían dejado de visitarla desde que la paciente permanecía en este estado, lo que la mantenía alejada de ellos y de sus nietos. Hacia el final de la reunión intermedia, la paciente comenzó a cambiar su actitud y su comportamiento en el grupo. Empezó a aceptar las muertes y los cambios que habían tenido lugar en su vida a consecuencia de las mismas. Comenzó a tener una actitud más amistosa y a contribuir de forma activa a las discusiones del grupo. Después de compartir sus diferencias con el grupo y de escuchar las experiencias de otras mujeres, se dio cuenta de que no era la única que había tenido pérdidas. Cuando finalizaron las reuniones, la paciente ya no presentaba sintomatología depresiva y volvió a sus actividades de elaboración de alfombras. En el proceso de establecimiento de sus objetivos y de escuchar a las mujeres más jóvenes del grupo, la paciente se dio cuenta de que aunque habían fallecido sus propias hijas ella todavía podía desempeñar un papel de mujer mayor respecto a otras mujeres jóvenes. La paciente decidió ser una «*ssenga*» para las participantes más jóvenes del grupo e incluso para las muchachas de la comunidad (*ssenga* es una mujer mayor y sabia que enseña a las muchachas a ser buenas mujeres y esposas). La paciente aceptó este nuevo papel.

- *Depresión tras las desavenencias.* Al formular la PIP sobre las desavenencias aparecieron dos dificultades. La primera fue cómo lograr el objetivo sin tomar un camino necesariamente directo. En la cultura occidental, la tarea de la PIP es ayudar a las personas a que expresen de manera directa lo que esperan de las otras personas (1). En Uganda, este método directo puede ser percibido en ocasiones como una comunicación aberrante, inadecuada, carente de respeto e incompatible con el código habitual de interacción. Por ejemplo, una mujer enfadada con su marido no puede discutir directamente con él, sino que debe empezar a cocinar mal los alimentos, lo que es un signo claro para el marido de que algo va mal, de manera que él puede elegir enfrentar o no el problema. Es habitual que los familiares se impliquen en la resolución de las disputas entre las dos partes, o que una mujer hable acerca de las perspectivas de que sus hijos queden huérfanos, en vez de hablar acerca de su salud cuando le pide al marido infectado por el VIH que utilice métodos de protección. En este último caso, si la mujer no puede convencer al marido, puede solicitar ayuda al personal médico o al curandero tradicional, preferiblemente una mujer de edad avanzada, de manera que el marido no sospeche que otro hombre vaya a seducir a su mujer. La segunda dificultad tuvo que ver con la determinación de las opciones culturalmente apropiadas en la resolución de una disputa: algunas opciones consideradas útiles y adecuadas en esta cultura no lo son en la cultura occidental. Por ejemplo, al comentar las opciones para una mujer que no puede tener hijos, los participantes del grupo señalaron que le podía pedir a su hermana o a otra pariente que se casara con su propio marido, de manera que la nueva esposa pudiera ser una aliada y juntos podrían criar a los hijos.

*Ejemplo de caso.* Una mujer casada de aproximadamente 30 años de edad presentaba un estado de ánimo deprimido, problemas de concentración, insomnio inicial persistente, pérdida de autoestima, falta de energía e irritabilidad. El comienzo de sus síntomas tuvo lugar aproximadamente al mismo tiempo que empeoró el problema de alcoholismo del marido, hacía alrededor de 3 años. Al principio discutían todos los días y el marido empezó a mostrarse cada vez más agresivo, primero verbalmente y luego, el último año, también físicamente. Sus hijos de 7 y 5 años de edad habían padecido malaria con frecuencia y la paciente los había llevado en ocasiones al hospital. Después de la segunda reunión del grupo, la paciente dejó de acudir a las tres reuniones siguientes, debido a la enfermedad y hospitalización de su hijo. Cuando volvió al

grupo, señaló lo infeliz que era con su marido y lo preocupada que estaba acerca de la salud de su hijo. El grupo la consoló y efectuó oraciones por su hijo. Los miembros del grupo comentaron la posibilidad de que durmiera en una habitación diferente, alejada del marido, de manera que pudiera tener algo de paz y reposo durante la noche. La paciente lo hizo así y se sintió un poco mejor. Durante las reuniones siguientes la discusión del grupo se centró sobre la aceptación por parte de la paciente de que su marido podía no cambiar nunca, con análisis de las posibles opciones. Abandonar al marido no era una opción para la paciente, debido a que ella y sus hijos perderían el apoyo económico. Durante las reuniones de grupo, la paciente decidió que su marido «siempre sería un borracho» y que ella iba a intentar no prestarle mucha atención sino más bien iba a centrarse en su trabajo en la huerta y a encontrar medios junto con otras mujeres para ganar dinero, de manera que pudiera costear la enseñanza de sus hijos. En la reunión 11, la paciente señaló sentirse mejor debido a que habían disminuido las disputas en el hogar a consecuencia de su cambio de actitud. En la reunión 14, señaló al grupo que sus hijos la habían dicho que los trataba mejor últimamente y que no los gritaba, y confirmó que se sentía más tranquila. Al final del período de 16 semanas de reuniones, su sintomatología depresiva había mejorado de forma significativa.

• **Depresión debida a cambios vitales.** El abordaje que hace la PIP de los cambios vitales implica la identificación de los aspectos positivos y negativos de los modelos vitales antiguos y nuevos adoptados por el paciente. Cuando se planificó el trabajo, observamos que muchos de los cambios vitales sufridos por estas comunidades –devastación por las guerras y por los regímenes tiránicos, tortura, SIDA o hambre, por nombrar sólo unos pocos– tenían pocos aspectos positivos. En vez de ello, consideramos más útil enseñar a los directores de grupo a identificar y destacar los elementos que estaban bajo el control de las personas, tras conocer e identificar las distintas opciones, como la búsqueda de personas que les apoyaran. Se destacó el hecho de que la depresión hace que la persona se sienta más débil de lo que realmente es, y que vale la pena ayudar al paciente a analizar las distintas opciones más que asumir a priori que estas opciones no son realistas.

**Ejemplo de caso.** Un hombre de aproximadamente 40 años de edad presentó una depresión después de arruinarse por segunda vez consecutiva en su pequeño negocio de venta de azúcar, debido a la disminución de los precios del café en Uganda. Durante los dos últimos años había sentido tristeza, pérdida de interés por encontrar un trabajo y por realizar sus labores de agricultura, pérdida de la autoestima e insomnio con retraso psicomotor. Este paciente se unió al grupo con la esperanza que poder controlar su depresión y de encontrar algo que hacer. Durante la fase inicial estaba bastante callado, pero parecía atento y escuchaba con cuidado mientras otros miembros del grupo hablaban de sus problemas. Se dio cuenta de que su depresión estaba relacionada claramente con las dificultades que había tenido en su negocio, que habían cambiado su vida y le habían dejado sin nada que hacer en el pueblo. El grupo sugirió el comienzo de otro negocio, debido a que el paciente tenía una cierta experiencia y a que no parecía que le gustara la vida en el pueblo. Durante la fase intermedia, sus síntomas comenzaron a mejorar. Aunque el paciente tenía días buenos y malos, asociaba el «sentirse mejor consigo mismo» a la observación de que otros miembros del grupo tenían lo que él describía como problemas más graves en comparación con el suyo. También señaló que se había dado cuenta de que su permanencia en el pueblo sólo le producía una frustración mayor. Después de exponer sus opciones al grupo, decidió abandonar sus reticencias y establecer contacto con sus anteriores compañeros para ver si alguno podría ayudarle a comenzar un negocio nuevo. Durante la reunión siguiente, señaló que se había puesto en contacto con algunos compañeros que decidieron ayudarle a abrir una tienda en una ciudad diferente. Desde que comenzó el negocio nuevo (aproximadamente, en la reunión 10), dejó de acudir al grupo. Al cabo de un cierto tiempo, envió un mensaje al grupo a través de su director, señalando que no presentaba síntomas y que estaba trabajando.

## FORMACIÓN DE LOS DIRECTORES DE GRUPO

Los expertos que llevaron a cabo la formación de los directores de grupo utilizaron una combinación de procesos diagnósticos y de experiencia en grupos según los principios básicos y las técnicas de la PIP de grupo. Se utilizaron los métodos de representación de papeles y de ejercicios de grupo: cada fase del tratamiento fue practicada por los expertos junto con los directores, en inglés y en Luganda.

Al abordar el proceso de grupo, los miembros del grupo de formación presentaron sus propias experiencias y sentimientos respecto a las pérdidas de seres queridos, a las desavenencias y a los cambios vitales, y colaboraron entre sí para determinar el efecto de estas situaciones sobre las personas y para determinar las opciones existentes y su implantación.

**Depresión tras la muerte de un ser querido.** Durante la fase de formación, tanto los expertos como los directores de grupo compartieron sus propias experiencias en lo relativo a la pérdida de seres queridos, las formas de expresión de la aflicción en la cultura y los rituales implicados en ello.

**Depresión debida a desavenencias.** Durante la formación sobre este aspecto, el grupo de directores trabajó sobre un desacuerdo real con los miembros de World Vision en relación con los horarios y con el pago de la formación y del trabajo subsiguiente (en Uganda no es costumbre discutir las cuestiones económicas durante el proceso de contratación). El grupo comentó las etapas de la PIP en la definición de una desavenencia: definición del problema, conocimiento de las expectativas propias y de las de la parte contraria, y generación de opciones culturalmente apropiadas para expresar los puntos de vista y los deseos personales, y para considerar lo que a uno le gustaría que ocurriera. El grupo aplicó estas técnicas al problema en cuestión, con resultados positivos (negociaron un pago semanal más que al final de las 16 semanas, tal como había propuesto inicialmente World Vision).

**Depresión por los cambios vitales.** Uno de los cambios vitales sobre los que trabajó el grupo fue la modificación del papel de personas que reciben la formación al papel de director de grupo. El grupo analizó los sentimientos que acompañan al papel antiguo, al papel nuevo y al cambio en sí mismo. Se comentaron los métodos necesarios para apoyar a las personas a superar mejor la adopción del nuevo papel (en esta caso, mediante supervisión, grupos de apoyo entre compañeros, formularios de registro, etc.).

**Finalización.** Se analizaron los sentimientos de los expertos y de los directores de grupo en cuanto a la partida inminente de los primeros de Uganda: tristeza, sensación de abandono, ansiedad, alegría por la finalización del proyecto, emociones, etc. Se señaló que durante la fase de finalización aparecerían sentimientos muy similares y se hizo hincapié en la anticipación de las dificultades y en la elaboración de planes para el futuro.

## ENSAYO CLÍNICO

Esta adaptación fue utilizada por los directores de grupo en un ensayo clínico realizado con asignación aleatoria y con control para la aplicación de la PIP-G en personas con depresión residentes en Uganda. Un total de 107 hombres y mujeres con depresión, distribuidos en grupos del mismo sexo constituidos por 5-8 participantes de 15 pueblos, ha estado recibiendo PIP durante un período de 16 semanas, y los resultados se han comparado con los obtenidos en 117 hombres y mujeres con depresión residentes en 15 pueblos similares y tratados de la manera habitual (lo que en estas comunidades significa tres posibilidades: tratamiento por los curanderos tradicionales, ausencia de tratamiento o, en casos infrecuentes, hospitaliza-

ción). Los participantes fueron entrevistados al comienzo del estudio mediante un instrumento compuesto constituido por la HSCL (para evaluar la sintomatología depresiva), por un instrumento desarrollado a nivel local para evaluar la alteración funcional y por una serie de preguntas independientes, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en un estudio etnográfico previo en el que se analizaron las dificultades más significativas y la duración de la depresión. Los criterios de exclusión fueron la ausencia de sintomatología significativa de depresión, la ideación actual de suicidio, la falta de colaboración o la imposibilidad de acudir a las reuniones semanales durante el período de estudio, y la edad inferior a 18 años. En junio de 2002, el equipo de la Hopkins llevó a cabo la evaluación final utilizando el mismo instrumento. Además, se preguntó a los participantes si la intervención les había sido útil, y de qué manera. El proyecto había sido aprobado por el Leaders Council local (la autoridad gubernativa local) y también por los curanderos tradicionales.

La asistencia de los pacientes a las reuniones de grupo fue muy elevada (la tasa de abandonos fue del 7,8 % en el grupo PIP-G y del 18 % en el grupo control), lo que sugiere que la PIP-G fue aceptada por la población. El 54 % de los participantes acudió al menos a 14 sesiones, y el 4 % acudió a 10 sesiones o menos. Los informes de los dos supervisores locales indicaron que los miembros de los grupos se habían apoyado entre sí para superar su depresión y para encontrar medios de cambiar sus circunstancias vitales (p. ej., los hombres se habían ayudado a encontrar trabajo, las mujeres se habían ayudado a cuidar a los cerdos y a los pollos, y la mayor parte de los miembros de los grupos se habían animado entre sí para la búsqueda de tratamiento de las enfermedades somáticas).

La comprobación última del efecto de la PIP sobre la depresión en estas comunidades es, por supuesto, el resultado del ensayo clínico. La evaluación final se llevó a cabo en julio de 2002, y los resultados obtenidos hasta el momento indican que la PIP-UG reduce de manera intensa la sintomatología y las alteraciones asociadas a la depresión. En enero de 2003, se va a llevar a cabo una nueva evaluación, 6 meses después de finalizar la intervención.

## CONCLUSIÓN

Se inició un proyecto para adaptar la PIP a las personas con depresión en diversas comunidades de Uganda, con un escepticismo significativo acerca de tres cuestiones: ¿aceptarían las personas de estas comunidades la realización de una forma de intervención para la depresión?, ¿sería posible formar a profesionales sanitarios sin relación con la salud mental para la aplicación de la PIP-UG?, ¿sería posible aplicar la mayor parte de los conceptos de la PIP, desarrollada en Estados Unidos, a las comunidades de Uganda? Existen evidencias de la aceptación de las reuniones de PIP-UG por parte de los pacientes locales y de sus familiares, ya que la asistencia a las reuniones fue elevada y que no aparecieron conflictos en los pacientes o en sus familiares acerca de la asistencia de los primeros a las reuniones de grupo (por parte de los pacientes o del Leaders Council). Hay una cierta evidencia de que fue posible conseguir buenos resultados en la formación de los directores de grupo para la aplicación de la PIP-UG. La supervisión subsiguiente demostró que los directores de grupo habían comprendido de manera general los principios y las técnicas del tratamiento (al igual que ocurre con los terapeutas en los países occidentales, su grado de competencia fue variable) y que eran capaces de dirigir las sesiones de grupo. Finalmente, nuestra experiencia apoya la idea de que las áreas problemáticas consideradas en la PIP como factores desencadenantes de la depresión (muerte de un

ser querido, disputas con personas importantes en la vida del paciente, cambios vitales con pérdida de relaciones estrechas) son elementos intrínsecos y universales de la condición humana. Los hallazgos obtenidos en este estudio, tanto respecto a la aceptación como a la eficacia de la PIP en pacientes que residen en zonas rurales de Uganda, indican que los efectos depresivos de estos trastornos universales, así como la eficacia de la PIP, van más allá de los límites de la cultura occidental.

Por supuesto, es necesaria la validación de los hallazgos de este estudio en otros países en vías de desarrollo antes de poder considerar de manera convincente su posibilidad de aplicación universal. En los nuevos estudios que se realicen en este sentido también será posible aclarar las relaciones que hay entre estas áreas problemáticas universales y la depresión, así como el origen de la eficacia psicoterapéutica de la PIP en estas otras culturas tan diferentes de la sociedad occidental y tan distintas entre sí.

## Agradecimientos

El estudio ha sido sufragado por World Vision, Washington, DC; por el Psychotherapy Core of the Child Intervention Research Center Columbia University (NIMH, ayuda n° 5P30 MH60570); por el Center for International Emergency, Disaster and Refugee Studies, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, y por la Mellon Foundation.

*World Psychiatry 2003; 2: 114-120*

## Bibliografía

1. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ et al. Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books, 1984.
2. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy. New York: Basic Books, 2000.
3. Wilfley DE, Mackenzie KR, Welch R et al (eds). Interpersonal psychotherapy for group. New York: Basic Books, 2000.
4. Mufson L, Pollack-Dorta K. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: theory, practice, and research. In: Esman AH, Flaherty LT (eds). Developmental and clinical studies, Vol. 25. The Annals of the American Society for Adolescent Psychiatry. Washington: American Psychiatric Press, 2000:139-67.
5. Miller L, Warner V, Wickramaratne PJ et al. Self-esteem and depression: ten year follow-up of mothers and offspring. *J Affect Disord* 1999;52:41-9.
6. Krupnick JL. Interpersonal psychotherapy groups for low-income women with PTSD following relationship trauma. *Directions in Psychiatry* 2001;20:237-53.
7. Ravitz P. IPT-G for social phobia. Presented at the Group IPT Meeting, New York State Psychiatric Institute, New York, October 2002.
8. Stuart S, O'Hara MW, Blehar C. Mental disorders associated with childbearing: report of the biennial meeting of the Marce Society. *Psychopharmacol Bull* 1998;34:333-8.
9. Klier CM, Geller PA, Neugebauer R. Minor depressive disorder in the context of miscarriage. *J Affect Disord* 2000;59:13-21.
10. Orley J, Wing JK. Psychiatric disorders in two African villages. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36:513-20.
11. Wilk CM, Bolton P. Local perceptions of the mental health effects of the Uganda acquired immunodeficiency syndrome epidemic. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:394-7.
12. Bolton P, Neugebauer R, Ndogoni L. Prevalence of depression in rural Rwanda based on symptom and functional criteria. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:631-7.
13. Judd LL, Akiskal HS, Paulus MP. The role and clinical signifi-

- cance of subsyndromal depressive symptoms (SSD) in unipolar major depressive disorder. *J Affect Disord* 1997;45:5-17.
14. Üstün BT. The worldwide burden of depression in the 21st century. In: Weissman MM (ed). *Treatment of depression: bridging the 21st century*. Washington: American Psychiatric Press, 2001:35-45.
  15. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1498-504.
  16. Shier LA, Harris SK, Beardslee WR. Temporal associations between depressive symptoms and self-reported sexually transmitted disease among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:599-606.
  17. Bolton P. Personal communication, 2002.
  18. Mufson L. Personal communication, 2002.
  19. Clougherty KF, Verdelli H, Weissman MM. Interpersonal psychotherapy for group in Uganda (IPTG-U). Unpublished manual, 2002.

# Violencia y enfermedad mental: una consideración general

HEATHER STUART

Department of Community Health and Epidemiology, Abramsky Hall, Queen's University, Kingston, Ontario, K7L 3N6, Canada

*En este artículo se analiza la relación entre enfermedad mental y violencia mediante el planteamiento de tres cuestiones: ¿son violentas las personas con enfermedad mental?, ¿muestran un riesgo mayor de violencia las personas con una enfermedad mental?, ¿son un peligro para terceras personas los pacientes con una enfermedad mental? Los trastornos mentales no constituyen una causa necesaria ni suficiente de violencia. Los determinantes principales de la violencia siguen siendo los factores sociodemográficos y económicos. La drogadicción constituye un determinante importante de la violencia, tanto si los drogadictos presentan una enfermedad mental como si no. Por tanto, la identificación y tratamiento precoces de los problemas de drogadicción y la consideración más atenta del diagnóstico y tratamiento de los trastornos asociados al consumo de sustancias entre los pacientes con enfermedad mental pueden ser estrategias posibles para la prevención de la violencia. A nivel social, se ha exagerado tanto la intensidad de la asociación entre enfermedad mental y violencia como el riesgo que pueden correr las terceras personas. Finalmente, es muy escasa la información existente acerca de los determinantes contextuales sociales de la violencia, pero los estudios de investigación indican que las personas que padecen una enfermedad mental son más a menudo víctimas que causantes de la violencia.*

**Palabras clave:** enfermedad mental y violencia, estigma, prevención de la violencia, victimización

¿Son violentas las personas que padecen una enfermedad mental? ¿Son estas personas más violentas que las que no padecen una enfermedad mental? ¿Son los enfermos mentales un riesgo para la seguridad pública? Estas cuestiones han definido el debate científico y el debate social respecto a la relación entre la violencia y la enfermedad mental.

A menos que se señale otra cosa, el término «violencia» se refiere a los actos de violencia física contra otras personas, dado que éstos son los más temidos por la sociedad y los determinantes principales del estigma y la discriminación sociales. El término «enfermedad mental» se va a reservar para los trastornos no relacionados con sustancias, generalmente las enfermedades mentales como la esquizofrenia o la depresión. Los trastornos relacionados con las sustancias y con la drogadicción se identificarán y comentarán como factores de riesgo aparte.

## ¿SON VIOLENTAS LAS PERSONAS QUE PADECEN UNA ENFERMEDAD MENTAL?

Con el tiempo, parece haber tenido lugar una convergencia progresiva entre enfermedad mental y violencia en la práctica clínica de hoy en día. Desde las primeras declaraciones que desestimaban la capacidad de los profesionales de la psiquiatría para predecir la violencia, los psiquiatras han mostrado su buena voluntad para intentar predecir y controlar los comportamientos violentos. Con la introducción de las herramientas para la evaluación del riesgo, las evaluaciones del riesgo de violencia se consideran cada vez más como una aptitud importante en lo relativo a la salud mental: se espera que sean realizadas por los psiquiatras, son muy apreciadas en los contextos judicial y carcelario, y constituyen un aspecto clave del tratamiento clínico socialmente responsable (1,2).

Muchos psiquiatras, sobre todo los que ejercen en contextos de urgencia o de cuadros agudos, señalan haber tenido experiencias directas con el comportamiento violento de pacientes con enfermedad mental. Por ejemplo, en Canadá, en donde la violencia a nivel de población es escasa en comparación con la mayor parte de los demás países, la mayoría de los psiquiatras están implicados en el control y tratamiento del comportamiento violento, y el 50 % señala haber sido atacado por un paciente en al menos una ocasión (3). Sin embargo, las experiencias clínicas con la violencia no son representativas del comportamiento de

la mayor parte de las personas que padecen una enfermedad mental. Los cambios sociales en la práctica de la psiquiatría, sobre todo en lo que se refiere a la adopción generalizada de estándares peligrosos en relación con la responsabilidad civil, indican que en los contextos asistenciales de agudos, sólo reciben tratamiento los pacientes que muestran un riesgo más elevado de comportamiento violento.

De hecho, una limitación importante de las explicaciones clínicas del comportamiento violento y agresivo es su énfasis en los atributos de la enfermedad mental y de las personas con enfermedad mental, con exclusión de los factores sociales y contextuales que interaccionan para dar lugar a la aparición de violencia en los ámbitos clínicos. Incluso en las unidades de tratamiento con una mezcla clínica similar de casos agudos, las tasas de comportamiento agresivo muestran diferencias espectaculares, lo que indica que la enfermedad mental no es una causa suficiente para la aparición de la violencia (4). En los estudios en los que se han analizado los antecedentes de episodios agresivos en unidades de tratamiento de pacientes hospitalizados, se ha observado que la mayoría de los incidentes presenta antecedentes sociales/estructurales importantes, como el ambiente en la planta, la ausencia de una dirección clínica, el hacinamiento, las restricciones en la planta, la ausencia de actividades o los cambios de actividad mal estructurados (4-6).

La gente está bastante acostumbrada a la «experiencia» de violencia relacionada con las personas con enfermedades mentales, aunque estas experiencias casi siempre les ocurren a otros como en las películas de asesinos enloquecidos o en los dramas de la vida real que aparecen con una frecuencia cada vez mayor en las noticias televisivas. En efecto, la búsqueda general de noticias es una garantía de que la gente va a tener una ración asegurada de violencia de la vida real relacionada con la enfermedad mental. Se teme sobre todo a la violencia aleatoria, sin sentido e imprevisible, que se asocia con la enfermedad mental. De hecho, la gente se queda más tranquila cuando sabe que alguien fue asesinado en un robo y no por un hombre psicótico (7). En una serie de encuestas relativas a acontecimientos de la vida real y efectuadas en Alemania, Angermeyer y Matschinger (8) demostraron que el deseo de la gente de mantener una distancia social con las personas que padecen una enfermedad mental aumentaba tras cada noticia de un ataque, y que nunca volvía a sus valores iniciales. Además, estos incidentes correspondían con un incremento en la percepción por parte de la

gente de que los pacientes con una enfermedad mental tienen un comportamiento impredecible y peligroso.

En algunos países, como Estados Unidos, la opinión pública se ha hecho muy sofisticada. El público juzga de manera diferente el riesgo de violencia, según el grupo diagnóstico, con categorías que corresponden de manera genérica a los resultados obtenidos en los distintos estudios de investigación. Por ejemplo, Pescosolido y cols. (9) efectuaron una encuesta de opinión pública en Estados Unidos (N = 1.444) utilizando imágenes estandarizadas para determinar la consideración de la enfermedad mental y de los abordajes terapéuticos. Las personas que respondieron consideraron a los grupos que se citan a continuación con una gran probabilidad o con una cierta probabilidad de ejercer violencia sobre otras personas: drogadicción (87,3 %), alcoholismo (70,9 %), esquizofrenia (60,9 %), depresión mayor (33,3 %) y situaciones de problemas personales graves (16,8 %). Aunque la probabilidad de la violencia fue estimada de manera excesiva a nivel universal, las personas que respondieron a la encuesta clasificaron de manera correcta a los drogadictos en los grupos de riesgo más alto. De la misma manera, estimaron de una forma significativamente excesiva el riesgo de violencia por parte de los pacientes con esquizofrenia y depresión, pero identificaron correctamente a estos pacientes entre los grupos de riesgo más bajo.

Las percepciones de la opinión pública acerca de la relación entre enfermedad mental y violencia son clave para el estigma y la discriminación debido a que las personas son más proclives a apoyar una demanda legal que obligue al tratamiento siempre que la violencia sea un problema (9). Además, la presunción de violencia también puede proporcionar una justificación para intimidar o maltratar de alguna otra manera a las personas que sufren una enfermedad mental (10). Se han observado tasas elevadas de malos tratos entre los pacientes con enfermedad mental, aunque este hecho es pasado por alto a menudo por los clínicos y no queda documentado en la historia clínica. Por ejemplo, en un estudio sobre los malos tratos actuales entre los pacientes hospitalizados, el 63 % de los pacientes con un compañero sentimental señaló haber sufrido malos tratos físicos durante el año anterior. En la cuarta parte de los casos, la violencia fue grave, con golpes, puñaladas, estrangulamiento, apaleamiento o amenazas con un cuchillo o con un arma de fuego. El 46 % de los pacientes que vivían con su familia señaló haber sido víctima de malos tratos físicos durante el año anterior, y el 39 % señaló que el problema había sido grave. Las tres cuartas partes de los pacientes que señalaron haber sufrido violencia por un compañero sentimental tomaron represalias, así como el 59 % de los que señalaron haber sufrido violencia por un familiar (11). Además, muchas personas con enfermedades mentales graves tienen ingresos económicos bajos y viven en un ambiente pobre y peligroso, en donde presentan un riesgo mayor de sufrir violencia. En un estudio reciente sobre el abuso criminal de personas con enfermedad mental grave, se observó que el 8,2 % había sufrido violencia criminal a lo largo de un período de 4 meses, es decir, una incidencia mucho mayor que la tasa anual de malos tratos con violencia del 3,1 % en la población general (12). Los antecedentes de malos tratos y de intimidación pueden predisponer a las personas con enfermedad mental a presentar reacciones violentas cuando son provocadas (13).

## ¿MUESTRAN UN RIESGO MAYOR DE VIOLENCIA LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL?

Los científicos están poco interesados en los actos aislados de violencia entre las personas que padecen una enfermedad mental, y tiene un interés mayor en las situaciones en las que los enfermos mentales realizan actos de violencia con una frecuen-

cia o una intensidad mayores que las personas que no padecen este tipo de enfermedades. Por tanto, la cuestión de si los enfermos mentales presentan un riesgo de cometer violencia mayor del habitual es clave para el debate científico.

Es difícil establecer conclusiones definitivas, dado que es igualmente posible encontrar en la bibliografía más reciente estudios en los que se demuestra que los enfermos mentales *no son más violentos* y publicaciones en las que se demuestra que *son más violentos*, en comparación con las personas que no presentan una enfermedad mental (14). Antes de 1980, el punto de vista predominante era que los enfermos mentales no eran más violentos, y que incluso tenían menos posibilidades de ejercer violencia. El crimen y la violencia en las personas con enfermedad mental estaban asociados a los mismos factores que parecían determinar el crimen y la violencia en otras personas, como el sexo, la edad, la pobreza y la drogadicción. Cualquier elevación en las tasas de crimen o violencia detectada en los enfermos mentales era atribuida a un exceso de estos factores. Cuando se realizaba un ajuste estadístico de dichos factores, las tasas de violencia se igualaban. Sin embargo, aunque todavía permanecen los factores de riesgo principales para el ejercicio de la violencia (juventud, sexo masculino, estado civil soltero y nivel socioeconómico bajo), en estudios más recientes, se ha observado una asociación modesta entre la enfermedad mental y la violencia, incluso tras el ajuste de estos factores (1-2,7,13-16).

Dadas las importantes dificultades metodológicas a las que se enfrentan los investigadores en este campo, no se ha podido determinar la naturaleza de esta asociación. Por ejemplo, ha sido difícil cuantificar directamente la violencia, de manera que los investigadores han tenido que utilizar a menudo documentación oficial o bien declaraciones efectuadas por los propios protagonistas y no corroboradas. Se ha demostrado que la prevalencia de la violencia muestra diferencias espectaculares según el origen de la misma (17). La mayor parte de los grupos estudiados no han sido representativos de todas las personas con enfermedad, sino sólo de los pacientes con un riesgo más elevado de ser peligrosos, como son los que permanecen hospitalizados o detenidos legalmente. Los diseños de los estudios no siempre han excluido a las personas con antecedentes de ejercicio de la violencia (un factor predictivo importante de la realización de violencia en el futuro), no siempre se ha efectuado el ajuste respecto a la drogadicción simultánea y no siempre se ha podido determinar claramente la secuencia de acontecimientos, lo que representa puntos de debilidad para cualquier argumento causal que se pudiera manejar (14).

En el MacArthur Violence Risk Assessment Study, que se ha finalizado recientemente en Estados Unidos (1,18,19), se ha realizado un esfuerzo conjunto para abordar estos problemas, de manera que, hasta el momento, ésta constituye la iniciativa más sofisticada para desentrañar estas interrelaciones complejas. Debido a que en este estudio se obtuvieron datos abundantes de seguimiento en una cohorte grande de participantes (N = 1.136), fue posible determinar la secuencia temporal de los acontecimientos más importantes. En este estudio, se utilizaron múltiples instrumentos para medir la violencia, incluyendo las declaraciones de los propios pacientes, por lo que ha sido posible reducir al mínimo el sesgo de información que ha caracterizado a estudios anteriores. El uso innovador de las comparaciones efectuadas con los mismos vecinos elimina el sesgo debido a influencias ambientales más genéricas, como son los factores sociodemográficos o económicos, que pueden haber dado lugar a una exageración de las diferencias en los estudios realizados previamente.

En este estudio, la prevalencia de la violencia en las personas con una enfermedad mental grave que no padecían drogadicción fue indistinguible de la observada en controles sin en-

fermedad mental y sin drogadicción residentes en la misma zona. La simultaneidad de la drogadicción duplicó el riesgo de violencia. Los pacientes con esquizofrenia fueron los que mostraron una incidencia menor de violencia a lo largo de un período de 1 año (14,8 %), en comparación con los pacientes que presentaban un trastorno bipolar (22,0 %) o una depresión grave (28,5 %). El delirio no se asoció a la violencia, incluso los delirios «de amenaza de anulación del control» que hacen que el paciente considere que hay alguien que les va a causar daño o que va a controlar sus pensamientos. En estudios previos efectuados con diseño transversal en Estados Unidos (20,21) e Israel (22,23), se han relacionado los delirios de amenaza de anulación del control con un incremento en el riesgo de ejercicio de la violencia.

La importancia de la drogadicción como factor de riesgo para la violencia ha sido bien demostrada en otros estudios. En consecuencia, este factor es uno de los hallazgos clínicos más sólidos en este campo (24-28). La drogadicción en el contexto de la falta de cumplimiento de la medicación prescrita es una combinación especialmente peligrosa, y la falta de comprensión de la situación también puede ser un factor importante (25).

## ¿SON UN PELIGRO PARA TERCERAS PERSONAS LOS PACIENTES CON UNA ENFERMEDAD MENTAL?

Es importante tener en cuenta que tanto la violencia intensa como la enfermedad mental grave son situaciones infrecuentes. Por tanto, es difícil juzgar la importancia práctica de los hallazgos que pueden demostrar la existencia de un riesgo elevado de violencia en los grupos de personas con enfermedad mental, debido a que nos dicen muy poco acerca del riesgo de sufrir violencia que corren los residentes en la comunidad.

Una forma de abordar el problema es considerar quiénes podrían ser los destinatarios más probables de la violencia ejercida por las personas que padecen una enfermedad mental: ¿miembros de la sociedad en general o miembros del contexto personal más cercano al enfermo mental? En la mayor parte de los estudios recientes, se señala que los incidentes violentos inducidos por las personas con trastornos mentales son desencadenados por las condiciones de su vida social y por la naturaleza y calidad de sus relaciones sociales más próximas (29). Por ejemplo, en el MacArthur Violence Risk Assessment Study (1), los objetivos más probables de la violencia fueron los familiares o amigos (87 %), y la violencia tuvo lugar característicamente en el hogar. Los pacientes que habían recibido el alta tuvieron menos posibilidades de dirigir la violencia hacia personas completamente extrañas (10,7 %), en comparación con los controles comunitarios (22,2 %). De la misma manera, en un estudio sobre relaciones sociales en el que se efectuó el seguimiento de 169 personas con enfermedad mental grave a lo largo de un período de 30 meses (30), la violencia apareció con mayor frecuencia en el contexto de la familia, en donde las relaciones se caracterizaban por amenazas mutuas, hostilidad y dependencia económica; en los casos en los que el paciente presentaba simultáneamente esquizofrenia y drogadicción, y en las situaciones en las que se hacía un uso infrecuente de los servicios ambulatorios de salud mental. De las más de 3.000 relaciones sociales estudiadas, sólo el 1,5 % fue objeto de actos violentos o amenazas.

Una cuestión relacionada se refiere a la intensidad con la que los enfermos mentales contribuyen a la prevalencia global de la violencia en la comunidad. Según los datos de los estudios del Epidemiologic Catchment Area efectuados en Estados Unidos, Swanson (31) evaluó los riesgos atribuibles en la población respecto a la violencia física comunicada por los propios protago-

nistas. El riesgo atribuible se refiere al efecto global de un factor sobre el nivel de violencia en la población. En lo que se refiere a los personas con una enfermedad mental grave, el riesgo atribuible en la población fue del 4,3 %, lo que indican que si fuera posible eliminar las enfermedades mentales la violencia en la comunidad se podría reducir en menos de un 5 %. El riesgo atribuible en la población respecto a la drogadicción fue del 34 %, mientras que el riesgo atribuible en la población respecto a la combinación de enfermedad mental y de drogadicción fue del 5 %. Por tanto, según estas estimaciones, si fuera posible eliminar al mismo tiempo las enfermedades mentales y otros trastornos asociados a las mismas, la violencia en la comunidad sólo se podría reducir un 10 %. No obstante, si fuera posible eliminar la drogadicción, la violencia se reduciría en más de un 33 %.

Mediante un abordaje similar, en un estudio canadiense, se evaluó la proporción de crímenes violentos con participación de una detención policial que se podría atribuir a las personas con enfermedad mental. Los investigadores realizaron una entrevista a 1.151 criminales recién detenidos, que correspondían a todas las personas encarceladas en una zona geográfica bien definida. El 3 % de los crímenes violentos en esta muestra fue atribuible a personas con enfermedad mental grave, como esquizofrenia o depresión. Un 7 % más fue atribuible a personas con drogadicción. Por tanto, si fuera posible la eliminación de la enfermedad mental y de la drogadicción en este grupo de población, la proporción de crímenes violentos disminuiría en aproximadamente en un 10 % (32).

## CONCLUSIONES

Hay varias conclusiones generales que se pueden establecer en esta breve revisión. En primer lugar, los trastornos mentales no son causas necesarias ni suficientes para la violencia. Los determinantes principales de la violencia siguen siendo los factores sociodemográficos y socioeconómicos, como la juventud, el sexo masculino y el nivel socioeconómico bajo.

En segundo lugar, los miembros de la sociedad exageran de manera indudable tanto la intensidad de la relación entre enfermedad mental y violencia como su propio riesgo personal respecto a las personas con enfermedades mentales graves. Es mucho más probable que los enfermos mentales graves sean víctimas que causantes de la violencia.

En tercer lugar, la drogadicción parece ser un determinante importante de la violencia, tanto en las personas con enfermedad mental como en las que no padecen este tipo de enfermedad. Los drogadictos contribuyen de manera importante a la violencia en la comunidad; lo que podría dar cuenta de un tercio de los actos de violencia comunicados por el propio protagonista y de 7 de cada 10 actos violentos criminales que se producen entre los delincuentes con enfermedades mentales.

Finalmente, una gran parte de la investigación anterior se ha centrado en los pacientes con enfermedad mental más que en la propia naturaleza de la interacción social que da lugar a la violencia. En consecuencia, sabemos mucho menos de lo que deberíamos acerca de la naturaleza de estas relaciones y de los determinantes contextuales de la violencia, y también sobre las oportunidades para la prevención primaria (30). No obstante, en la bibliografía actual, se recomienda como estrategia adecuada de prevención de la violencia la identificación y tratamiento precoces de los problemas de drogadicción, con una atención mayor al diagnóstico y tratamiento de la propia drogadicción en las personas con enfermedad mental grave (25).

*World Psychiatry 2003; 2: 121-124*

## Bibliografía

1. Monahan J, Steadman HJ, Silver E et al. Risk assessment: the MacArthur Study of Mental Disorder and Violence. Oxford: Oxford University Press, 2001.
2. Mullen PE. A reassessment of the link between mental disorder and violent behaviour, and its implications for clinical practice. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1997;31:3-11.
3. Bourget D, el-Guebaly N, Atkinson MJ. Assessing and managing violent patients. *CPA Bull* 2002;34:25-7.
4. Katz P, Kirkland FR. Violence and social structure on mental hospital wards. *Psychiatry* 1990;53:262-77.
5. Shepherd M, Lavender T. Putting aggression into context: an investigation into contextual factors influencing the rate of aggressive incidents in a psychiatric hospital. *J Ment Hlth* 1999;8:159-70.
6. Powell G, Caan W, Crowe M. What events precede violent incidents in psychiatric hospitals? *Br J Psychiatry* 1994;165:107-12.
7. Marzuk P. Violence, crime, and mental illness. How strong a link? *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:481-6.
8. Angermeyer MC, Matschinger H. Violent attacks on public figures by persons suffering from psychiatric disorders. Their effect on the social distance towards the mentally ill. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995;245:159-64.
9. Pescosolido BA, Monahan J, Link BG et al. The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *Am J Public Hlth* 1999;89:1339-45.
10. Campbell J. Taking issue: putting violence in context. *Hosp Commun Psychiatry* 1994;45:633.
11. Cascardi M, Mueser KT, DeGiralomo J et al. Physical aggression against psychiatric inpatients by family members and partners. *Psychiatr Serv* 1996;47:531-3.
12. Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW et al. Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 1999;50:62-8.
13. Hiday VA. The social context of mental illness and violence. *J Hlth Soc Behav* 1995;36:122-37.
14. Wessely S. Violence and psychosis. In: Thompson C, Cowen P (eds). *Violence. Basic and clinical science*. Oxford: Butterworth/Heinemann, 1993:119-34.
15. Link B, Stueve A. Evidence bearing on mental illness as a possible cause of violent behaviour. *Epidemiol Rev* 1995;17:172-81.
16. Noffsinger SG, Resnick PJ. Violence and mental illness. *Curr Opin Psychiatry* 1999;12:683-7.
17. Swanson J, Borum R, Swartz M et al. Violent behaviour preceding hospitalization among persons with severe mental illness. *Law Hum Behav* 1999;23:185-204.
18. Applebaum PS, Robbins PC, Monahan J. Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Am J Psychiatry* 2000;157:566-72.
19. Steadman HJ, Mulvy EP, Monahan J et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighbourhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:393-404.
20. Link BG, Andrews H, Cullen F. The violent and illegal behaviour of mental patients reconsidered. *Am Sociol Rev* 1992;57:275-92.
21. Link BG, Stueve A. Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls. In: Monahan J, Steadman HJ (eds). *Violence and mental disorder: developments in risk assessment*. Chicago: Chicago University Press, 1994:137-59.
22. Link BG, Stueve A, Phelan J. Psychotic symptoms and violent behaviours: probing the components of 'threat/control-override' symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:S55-S60.
23. Link BG, Monahan J, Stueve A et al. Real in their consequences: a sociological approach to understanding the association between psychotic symptoms and violence. *Am Sociol Rev* 1999;64:316-22.
24. Swanson J, Borum R, Swartz M et al. Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behavior in the community. *Criminal Behav Ment Hlth* 1996;6:317-38.
25. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA et al. Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry* 1998;155:226-31.
26. Tiihonen J, Isohanni M, Räsänen P et al. Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 Northern Finland Birth Cohort. *Am J Psychiatry* 1997;154:840-5.
27. Mullen PE, Burgess P, Wallace C et al. Community care and criminal offending in schizophrenia. *Lancet* 2000;355:614-7.
28. Arseneault L, Moffitt T, Caspi A et al. Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:979-86.
29. Swanson J, Swartz M, Estroff S et al. Psychiatric impairment, social contact, and violent behavior: evidence from a study of outpatient-committed persons with severe mental disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:S86-S94.
30. Estroff SE, Swanson JW, Lachicotte WS et al. Risk reconsidered: targets of violence in the social networks of people with serious psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:S95-S101.
31. Swanson JW. Mental disorder, substance abuse, and community violence: an epidemiologic approach. In: Monahan J, Steadman HJ (eds). *Violence and mental disorder: developments in risk assessment*. Chicago: University of Chicago Press, 1994:101-36.
32. Stuart H, Arboleda-Flórez J. A public health perspective on violent offenses among persons with mental illness. *Psychiatr Serv* 2001;52:654-9.

# Reconsideración de la salud mental: una perspectiva europea de la OMS

WOLFGANG RUTZ

Regional Office for Europe, World Health Organization

*A pesar de los recientes avances clínicos y en investigación, se observa un incremento en la mortalidad y la morbilidad relacionadas con el estrés y la enfermedad mental, especialmente en las sociedades y grupos de población europeos sometidos a situaciones estresantes y cambios espectaculares. Puede observarse un síndrome social constituido por depresión, suicidio, maltrato, comportamientos de riesgo y violentos, y morbilidad y mortalidad por causas vasculares, lo que refleja la psicopatología individual relacionada con las alteraciones del metabolismo de la serotonina como uno de los mecanismos cerebrales más básicos y antiguos de la humanidad para sobrevivir, adaptarse a la sociedad y superar el estrés y el peligro. En una época en la que los profesionales de la salud mental buscan una identidad nueva e innovadora, estos profesionales presentan una tendencia a abdicar de las actividades psiquiátricas sociales y de salud pública en favor de posiciones de mayor prestigio en investigación cerebral, genética o psicoterapia avanzada. Parece apropiada y necesaria una redefinición, reconceptualización y renacimiento de la psiquiatría social, en respuesta a los problemas existentes, los avances y las posibilidades que hay hoy en día en el campo de la salud mental. Es necesario superar el reduccionismo que ha definido a menudo a los abordajes psicosociales y psiquiátricos sociales anteriores, y utilizar los conocimientos más actuales de neuroplasticidad, psicoimmunología, neuropsicología y neurofilosofía, con objeto de reflejar la interacción entre el ambiente y la estructura, la naturaleza y la educación, y para integrar las diferentes áreas de conocimiento en un enfoque holístico de la salud mental pública. Las decisiones políticas y las soluciones a nivel social pueden estar más o menos en concordancia con las precondiciones humanas básicas. Ya se pueden ver las consecuencias de la falta de consideración de estas cuestiones. Se precisa una nueva toma de conciencia y de responsabilidades con respecto a los aspectos humanos básicos etológicos, fisiológicos, psicológicos y existenciales, y esta iniciativa se debe concretar en abordajes innovadores de la salud mental pública.*

**Palabras clave:** psiquiatría social, salud mental pública, estrés social, ambiente y salud, mortalidad prematura, conocimiento del impacto de la salud dental

El campo de la salud mental en Europa se encuentra hoy en día en una situación que podemos denominar emocionante. Se están realizando avances científicos y desarrollando estrategias terapéuticas más globales en trastornos psiquiátricos como la psicosis, la depresión y la demencia. Comenzamos a conocer la psicobiología de la depresión, la agresión y el comportamiento autodestructivo. Estamos descubriendo también la sorprendente neuroplasticidad del cerebro y la manera en que el bienestar fisiológico refuerza el cerebro. Sin embargo, también vemos que los ambientes psicológicos, sociales y existenciales adversos pueden crear una debilidad estructural con vulnerabilidad a largo plazo del cerebro.

A partir de estos conocimientos, hoy en día experimentamos el hecho de que las estrategias curativas, de protección y de fomento de la salud mental pueden ser flexibles, realistas y necesarias, aplicando las posibilidades de la colaboración interdisciplinaria y del trabajo en equipo, y haciendo participar a todos los sectores de la sociedad. También estamos empezando a aprender a integrar el conocimiento «humanista», psicosocial y existencial de la ciencia médica «biológica», y viceversa, reflejando así la condición humana inevitable de estar constituida por cuerpo y mente, y reconociendo que no hay una mente sin cerebro ni un cerebro sin mente, evitando al mismo tiempo el reduccionismo biológico y «humanista». Los avances más recientes en los campos de la neuropsiquiatría, la psicósomática, la investigación del estrés, la psicoimmunología y la neurofilosofía, así como en sociología y antropología, están en la primera línea del progreso científico, debido a que han superado la división entre humanización y biología y han facilitado la continuidad de los abordajes cualitativo y cuantitativo que durante mucho tiempo ha paralizado el progreso científico y el desarrollo de estrategias globales.

## SOCIEDADES BAJO ESTRÉS

También estamos viviendo una época caracterizada por dificultades cada vez mayores debidas a la sensación de desamparo y de pérdida de control que experimentan muchas personas, e influida por la exclusión social, la pérdida de identidad, la ausencia de coherencia y significado, el vacío existencial y el es-

trés. El malestar mental, especialmente en lo que se refiere a la depresión y el suicidio, así como las consecuencias de los comportamientos de riesgo y de los estilos de vida de carácter destructivo, se ha convertido en uno de los problemas más importantes –quizá el más importante– para la asistencia mental en los países en situación de transición social y en los grupos de población en riesgo (adolescentes, ancianos, hombres, mujeres, personas sin familia y grupos de población rurales).

Un análisis más detallado de estas sociedades y grupos de población en riesgo debido a la existencia de cambios sociales espectaculares, con aparición de desamparo, pérdida de identidad y falta de coherencia, revela la existencia de un cierto tipo de «síndrome comunitario». Este síndrome consiste en la aparición de patrones de morbilidad y mortalidad relacionados con la depresión, el suicidio, la agresión, la violencia y los comportamientos destructivos y autodestructivos, con un paralelismo casi sismográfico y una importante correlación cronológica con los cambios estresantes que tienen lugar en la sociedad. Teniendo en cuenta los conocimientos actuales proporcionados por la investigación sobre el metabolismo de la serotonina como uno de los sistemas más básicos y filogenéticamente más importantes relacionados con la capacidad de superación, integración social, lucha, abandono y adaptación, pero también con la agresión, la violencia, las alteraciones de la personalidad y las enfermedades cardiovasculares, no podemos evitar definir un «síndrome social relacionado con la serotonina».

En el documento World Health Report 2001 (1) y en el documento normativo «Health 21- Health for All in the 21st Century» de la Regional Office for Europe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2), ratificado por los estados europeos miembros, la OMS ha adoptado su papel de «conciencia sanitaria» de los gobiernos y de los políticos sanitarios subrayando que la salud mental es uno de los derechos humanos. En estos documentos, se hace hincapié sobre la colaboración multidisciplinaria e intersectorial, en la aplicación de estrategias basadas en la evidencia y en el uso de abordajes de carácter comunitario con cercanía al individuo y a su ambiente social y psicológico.

Para alcanzar este objetivo, el programa de salud mental de la OMS, a través de la Regional Office for Europe, ha elegido tres direcciones: en primer lugar, insistir en la necesidad de rea-

lizar evaluaciones y auditorías nacionales relativas a la salud mental con respecto a la diversidad existente en Europa en cuanto a los servicios de salud mental, los estilos de vida y los prerrequisitos físicos, psicosociales y existenciales en referencia a la propia salud mental (se considera que estas auditorías constituyen un requisito inevitable para la planificación sostenible y realista de la salud mental a nivel nacional); en segundo lugar, insistir en la morbilidad y mortalidad relacionadas con el estrés y con el desamparo asociados a la depresión, el suicidio y los estilos de vida de tipo autodestructivo, con consideración especial de los grupos sociales en fase de transición; en tercer lugar, insistir en la necesidad de desestigmatizar y de contrarrestar la discriminación.

## EL ESTIGMA

No hay nada que cause tanto temor y tan fácilmente como la falta de conocimiento. Esta es la razón por la que el estigma, el tabú y la consiguiente exclusión social que existen en los países europeos hoy en día se dirigen hacia las personas con vulnerabilidad mental. En este proceso de estigmatización hemos encontrado obstáculos para la intervención precoz, para el seguimiento extrahospitalario y para el tratamiento de la vulnerabilidad mental, obstáculos que sólo pueden superarse disminuyendo el nivel de ignorancia e incrementando la concienciación pública con objeto de superar la laguna terapéutica existente entre lo que es factible y lo que se hace actualmente en los servicios de salud mental europeos, y así enfrentar la exclusión y la discriminación.

No obstante, los abordajes para la desestigmatización, que son necesarios en cualquier objetivo planteado por la salud mental a nivel comunitario, deben ser realistas y no dejar de lado la disfunción y la distorsión emocional e intelectual que acompaña de manera más o menos temporal a los trastornos mentales. Estos abordajes tampoco deben incrementar los problemas en otras áreas, tal como ocurre con las campañas para la desestigmatización relativa a las enfermedades neurológicas, en las que se subraya que las enfermedades cerebrales «neurológicas» no son «enfermedades mentales».

Los programas de desestigmatización, sin embargo, sólo se pueden mantener a largo plazo y van a ser sostenibles si aparecen integrados en iniciativas globales dirigidas hacia los servicios de tipo comunitario y si tienen en cuenta la necesidad de pluralismo, tolerancia y respeto por el individuo en las sociedades democráticas, incluso aunque su comportamiento sea diferente.

## POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

Algunos de los principios del desarrollo de la salud mental siguen siendo importantes hoy en día:

- La experiencia demuestra que un desarrollo positivo de la política de salud mental presupone un análisis autocrítico profesional y también ético de la situación, en épocas anteriores, de las personas con enfermedad mental, en cierta medida como un proceso de reconciliación.

- El desarrollo de los servicios de salud mental se debe realizar sin abandonar a los pacientes «a la buena de Dios», tal como ha ocurrido en algunos países europeos.

- Debe existir un consenso constructivo a pesar de las diferencias ideológicas y de los conflictos de interés planteados por las distintas profesiones.

- Debe haber un diálogo correcto entre los profesionales, los usuarios, los familiares y otras partes implicadas, así como con los administradores.

- Hay que encontrar formas de incrementar la concienciación acerca de la salud mental como un capital importante en la sociedad, subrayando el coste de «no hacer nada».

Sin embargo, el desarrollo, humanización y descentralización de los servicios de salud mental es una tarea delicada: uno de los derechos humanos es la demanda de respeto por la integridad, autonomía y libertad de uno mismo para vivir su propia vida según sus ideales y deseos, incluso aunque éstos sean distintos de los habituales. Nuestra primera tarea es responder a este derecho. Sin embargo, también es un derecho humano el tener acceso al tratamiento y ayuda profesionales con objeto de recuperar la autonomía, que sólo se puede experimentar en una situación sin ansiedad, psicosis o fragmentación. Padecer una psicosis implica la ausencia de libertad, y todo individuo tiene derecho al tratamiento, la ayuda y la salud. Las enfermedades mentales pueden causar una limitación y una amenaza de la vida similares a las debidas a las enfermedades somáticas, y requieren un tratamiento y un control igualmente exhaustivos.

Es también un hecho que el profesionalismo sin humanitarismo no es suficiente. Tampoco lo es el humanitarismo sin profesionalismo. El humanitarismo es un requisito previo y una condición *sine qua non* para cualquier tipo de profesionalismo relacionado con el tratamiento y apoyo de los seres humanos, pero nunca puede sustituirlo.

## IMPACTO SOBRE LA SALUD MENTAL

El año 2001 fue declarado el año de la salud mental en todo el mundo. El día de la salud mundial, el 7 de abril, ha sido celebrado en todos los países. En la World Health Assembly celebrada en mayo, han participado políticos sanitarios de todo el mundo, y en el World Health Report de octubre, se recoge información acerca de todo ello y se recomienda la adopción de medidas.

Algunos de los mensajes principales fueron:

- que la salud mental puede ser favorecida por una política inteligente basada en la evidencia científica, que debe tenerse en cuenta el impacto sobre la salud mental inducido por las intervenciones políticas y sociales y que ningún país se puede permitir no dedicar esfuerzos a la investigación en salud mental;

- que las enfermedades mentales son consideradas, diagnosticadas y tratadas de manera insuficiente debido al estigma, el tabú y la falta de conocimiento;

- que las enfermedades mentales constituyen una carga pesada aunque evitable que puede afectar a cualquier persona, pero que también se pueden prevenir y tratar;

- que las enfermedades mentales pueden ser abordadas a través de servicios de tipo comunitario integrados en la sociedad.

Hoy en día, también estamos empezando a comprender que ningún país se puede permitir el desconocimiento del impacto de las decisiones y cambios políticos sobre la reconciliación, la tolerancia y la democracia, en la consideración debida de que la salud mental y la paz en una sociedad están muy relacionadas entre sí y que los servicios de tipo comunitario son los instrumentos más importantes para abordar esta cuestión.

Al considerar el problema constituido por los trastornos mentales y por la morbilidad y mortalidad relacionadas con el estrés y con la enfermedad mental, y teniendo en cuenta el hecho de que la mayor parte de los gobernantes y políticos sanitarios dedican menos del 3 % de sus presupuestos de sanidad a los aspectos de la salud mental, podemos observar claramente que es necesario mejorar la concienciación acerca del problema constituido por la enfermedad mental y de la importancia de considerar a la salud mental como uno de los capitales más valiosos

de la sociedad. Es necesario considerar y evaluar de manera cuidadosa el impacto de cualquier decisión política sobre la salud mental de una población. Ningún país, incluso el más pobre, puede permitirse hoy en día no hacer nada, no invertir en la investigación y fomento de la salud mental, con objeto de proteger y recuperar dicha salud en su población. Sin embargo, para alcanzar este objetivo, no son suficientes la concienciación y educación públicas ni tampoco la superación de los tabúes y estigmas individuales, tanto a nivel público como político. También es necesaria una renovación de la responsabilidad de los profesionales de la salud mental y la psiquiatría con respecto a los problemas de la salud mental pública.

## **SALUD MENTAL PÚBLICA: UN RETO PARA LA PSIQUIATRÍA**

Hoy en día, en las sociedades profesionales europeas, hay una lucha continua respecto a la identificación y una tendencia al esfuerzo por conseguir una identidad clínica y científica en psicoterapia, investigación cerebral, genética o neuropsiquiatría, en la consideración de que estos desarrollos son los más populares en este momento. Ha disminuido el interés por la medicina social, la psiquiatría social y la salud mental social como factores de promoción de la salud, y los profesionales más jóvenes no reciben estímulos para tener interés por la salud mental pública. La psiquiatría parece haber abdicado de sus responsabilidades en el ámbito de la salud mental pública. Este proceso ha sido facilitado por el hecho de que los mecanismos existentes en las publicaciones científicas y en el desarrollo académico no suelen considerar el tipo de investigación global que necesitamos, con integración y conexión de los aspectos ya existentes del conoci-

miento científico y con la creación de un abordaje holístico y socialmente relevante.

La psiquiatría moderna, con sus nuevas perspectivas psicodinámicas y biodinámicas en su causalidad, complejidad e interacciones, no puede desde un punto de vista ético abdicar de su interés y responsabilidad en la promoción y prevención de la salud mental. Necesitamos un nuevo tipo de psiquiatría social que no esté centrado en un reduccionismo acerca de las teorías sociológicas y psicodinámicas, sin que pueda integrar todos los conocimientos que poseemos hoy en día acerca de la plasticidad del cerebro, de los mecanismos orgánicos y genéticos básicos que influyen en el comportamiento social y en el ambiente, así como de la interacción entre la educación y la naturaleza.

La evaluación del impacto causado por las decisiones políticas sobre la salud mental debe convertirse en un acto sistemático, al igual que hoy en día se realizan análisis del impacto ambiental de este tipo de decisiones. La psiquiatría social debe proponer las formas de desarrollo, gobierno y control de la sociedad, de manera que el sistema de la serotonina del ser humano se pueda convertir en nuestro reto del mañana.

*World Psychiatry 2003; 2: 125-127*

## **Bibliografía**

1. World Health Organization. World health report. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
2. World Health Organization Regional Office for Europe. Health 21 - Health for all in the 21st century. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1998.

# El Congreso Internacional de la WPA «Tratamientos en psiquiatría: una actualización»

MARIO MAJ

Chairman, Organizing Committee

El Congreso Internacional de la WPA «Tratamientos en psiquiatría: una actualización» tendrá lugar en Florencia, Italia, entre el 10 y el 13 de noviembre de 2004.

El programa científico incluirá conferencias de actualización (impartidas por expertos mundiales, y en las que se va a recoger una actualización global sobre los aspectos más significativos de los tratamientos actuales en psiquiatría); simposios interactivos (centrados en cuestiones terapéuticas específicas, con interacción activa entre los conferenciantes y los participantes); simposios correspondientes a las distintas secciones y zonas geográficas asociadas a la WPA (organizados por las secciones y zonas geográficas asociadas a la WPA); cursos avanzados (con un número limitado de participantes, centrados en aspectos de gran interés práctico); foros (centrados en los aspectos más controvertidos o emergentes en salud mental); nuevas sesiones de investigación (que van a ofrecer a los psiquiatras de todos los países del mundo la oportunidad de compartir los resultados de las iniciativas de investigación clínica y básica); sesiones de pósters (una oportunidad alternativa para presentar los resultados de la investigación de una manera fácilmente visible); simposios satélite y otros acontecimientos patrocinados (para facilitar la relación con las industrias que trabajan en el campo de la asistencia en salud mental).

Los resúmenes de las comunicaciones propuestas para su inclusión en un simposio, una nueva sesión de investigación o una sesión de pósters deben remitirse por correo electrónico a la Secretaría Científica ([secretariat@wpa2004florence.org](mailto:secretariat@wpa2004florence.org)). La fecha límite para la recepción de estos resúmenes es el 30 de septiembre de 2003.

La lista de conferencias de actualización es la siguiente:

1. El contexto del tratamiento en psiquiatría (N. Sartorius)
2. La elaboración de una alianza tera-

3. El tratamiento global de la esquizofrenia (N. Schooler)
4. Las fases iniciales de la psicosis: detección y formas de intervención (P. McGorry)
5. El tratamiento global de la depresión mayor recurrente y crónica (G.A. Fava)
6. El tratamiento global a largo plazo del trastorno bipolar (M. Thase)
7. Reconocimiento y tratamiento de las consecuencias de la violencia y los traumatismos (A. McFarlane)
8. La integración de la farmacoterapia y la psicoterapia en el tratamiento de los trastornos de ansiedad (J. Gorman)
9. Nuevas perspectivas en el tratamiento de las demencias (A. Burns)
10. El tratamiento multidisciplinario de los trastornos de la alimentación (K. Halmi)
11. Principios y práctica de la psicoterapia cognitiva-conductual (P. Salkovskis)
12. Psicoterapia psicodinámica: basada en la evidencia y con un objetivo clínico (P. Fonagy)
13. Integración de servicios en la asistencia psiquiátrica comunitaria (G. Thornicroft)
14. Las dificultades de la prevención primaria en psiquiatría (S. Saxena).

La lista preliminar de los simposios interactivos es la siguiente:

1. Aspectos éticos y legales de los tratamientos en psiquiatría
2. Asociaciones de asistencia psiquiátrica
3. Avances recientes en farmacogenómica
4. Epidemiología y prevención del suicidio
5. Evaluación de los tratamientos psiquiátricos
6. Prevención y tratamiento de la drogadicción en los adolescentes
7. El futuro de la farmacoterapia de la esquizofrenia
8. Aspectos económicos de la asistencia psiquiátrica
9. Niños y adolescentes «difíciles»: el diagnóstico insuficiente y el diagnós-

10. El futuro de la farmacoterapia de los trastornos del estado de ánimo y de la ansiedad
11. Fármacos psicotrópicos y funciones cognitivas
12. Conocimiento y tratamiento de la «comorbilidad» en psiquiatría
13. El presente y el futuro de la rehabilitación en psiquiatría
14. El tratamiento de los trastornos somatomorfos y de los síntomas físicos sin explicación médica
15. El futuro de las psicoterapias
16. Tratamiento actual del trastorno obsesivo-compulsivo
17. Nuevas estrategias en el tratamiento de los pacientes con retraso mental
18. Tratamiento de los problemas relacionados con el alcoholismo
19. Contribución de la investigación en neuroimagen a la psiquiatría clínica
20. Tratamiento actual de los trastornos de la personalidad
21. Presente y futuro de la psiquiatría de enlace
22. Tratamiento actual del trastorno de angustia y del trastorno de ansiedad generalizada
23. Abuso sexual infantil: qué hacer con las víctimas y con los perpetradores
24. Aspectos culturales en la asistencia psiquiátrica
25. Diagnóstico y tratamiento del trastorno de déficit de atención/hiperactividad
26. Nuevas estrategias en el tratamiento de los trastornos sexuales
27. Abordajes actuales de los trastornos del sueño
28. Tratamiento de las alteraciones del comportamiento en los pacientes con lesión cerebral
29. Evaluación y tratamiento del trastorno de ansiedad de origen social
30. Enfoques actuales del autismo
31. Combinaciones medicamentosas en psiquiatría: ventajas y riesgos
32. El tratamiento de los trastornos psicóticos no esquizofrénicos
33. Tratamiento de los trastornos psiquiátricos en pacientes con enfermedades médicas generales
34. Tratamiento de los trastornos mentales en las personas de edad avanzada
35. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos del control de los impulsos
36. Tratamientos somáticos no farmacológicos en psiquiatría.

*World Psychiatry 2003; 2: 128*

