

# World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 8, Número 3



Octubre 2010

## EDITORIAL

El nuevo factor de impacto de *World Psychiatry*  
M. MAJ

129

## ARTÍCULOS ESPECIALES

Guía de la WPA para combatir la estigmatización  
de la psiquiatría y los psiquiatras  
N. SARTORIUS, W. GAEBEL, H.-R. CLEVELAND,  
H. STUART, T. AKIYAMA Y COLS.

131

La resistencia a la adversidad en condiciones de estrés  
extremo: una perspectiva multinivel  
D. CICCETTI

145

## FORUM: FISIOPATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN: ¿TENEMOS ALGUNA EVIDENCIA SÓLIDA DE INTERÉS PARA LOS CLÍNICOS?

Fisiopatología de la depresión: ¿tenemos alguna  
evidencia sólida de interés para los clínicos?  
G. HASLER

155

## Comentarios

Aplicaciones clínicas de los avances en la investigación  
de la depresión: un paso a la vez en un camino muy largo  
W.C. DREVETS

162

Investigaciones biológicas de la depresión:  
el comentario de un clínico  
J. ANGST

163

Psiquiatría biológica: todavía avanzando en  
un callejón sin salida  
H.M. VAN PRAAG

164

Una gran carrera en el mismo lugar  
G. PARKER

165

Una respuesta de sí o no  
R.H. BELMAKER

166

Pleomorfismo clínico de la depresión mayor como un  
reto para el estudio de su fisiopatología  
J.J. MANN

167

## ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Reduciendo el vacío de tratamiento de los trastornos  
psiquiátricos: una encuesta de la WPA  
V. PATEL, M. MAJ, A.J. FLISHER, M.J. DE SILVA,  
M. KOSCHORKE Y COLS.

169

Tipos de tratamiento de la depresión en mujeres  
veteranas con trastornos cardiovasculares o diabetes  
U. SAMBAMOORTHY, C. SHEN, P. FINDLEY, S. FRAYNE,  
R. BANERJEA

177

## ARTÍCULO BREVE

El empleo de los diagnósticos de la ICD-10 en los  
servicios psiquiátricos intrahospitalarios daneses  
durante el periodo de 2001 a 2007  
P. MUNK-JØRGENSEN, M. NAJARRAQ LUND, A. BERTELSEN

183

## POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

Enseñanzas obtenidas en el desarrollo de la asistencia  
mental comunitaria en África  
C. HANLON, D.T. WONDIMAGEGN, A. ALEM

185

## NOTICIAS DE LA WPA

La ejecución del plan de acción de la  
WPA para 2008-2011

190

Mi experiencia en Haití: un informe breve  
K. RAVENSCROFT

191

# El nuevo factor de impacto de *World Psychiatry*

MARIO MAJ

Presidente, World Psychiatric Association

*World Psychiatry* recién recibió su nuevo factor de impacto: 4,375. En la actualidad está clasificada entre las primeras 10 revistas de psiquiatría general y entre las primeras 20 de todas las revistas de psiquiatría clínica, psiquiatría biológica y psicofarmacología.

La revista se publica ahora en cinco idiomas: inglés, español, chino, ruso y francés. Algunos artículos o resúmenes también se traducen a otros idiomas, como japonés, polaco y rumano, y se publica en la página Web de la WPA o de las asociaciones integrantes de la WPA. Todos los números de la revista se pueden descargar gratuitamente en PubMed Central ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/297](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/297)) y de la página Web de la WPA ([www.wpanet.org](http://www.wpanet.org)). La versión impresa de la revista llega a más de 33.000 psiquiatras de 121 países y para muchos de ellos es la única revista de psiquiatría internacional accesible.

En cumplimiento con una decisión tomada por el Comité Ejecutivo de la WPA en 2001, la revista no contiene anuncios publicitarios.

La publicación de *World Psychiatry* tiene dos objetivos principales, los que la distinguen de la mayor parte, posiblemente de todas las demás revistas de psiquiatría internacionales. El primer objetivo es llegar al mayor número posible de psiquiatras de diversos países del mundo, difundir la información sobre los avances clínicos, de servicio y de investigaciones importantes y recientes en un lenguaje que pueda ser asimilado por la mayoría de ellos. Los dos principales criterios con base en los cuales se evalúa un artículo enviado a *World Psychiatry* es la pertinencia al ejercicio clínico cotidiano del psiquiatra promedio y la utilidad para fomentar su desarrollo profesional. Además de esto, el estilo del artículo debe ser sencillo y claro.

El segundo objetivo radica en dar voz a los psiquiatras de todas las regiones del mundo, y fomentar la remisión de documentos de investigación, comentarios e informes sobre modalidades de servicio innovadoras. Entre los artículos publicados en *World Psychiatry* en los últimos dos años, en el 21% participó por lo menos un autor de un país de ingresos bajos o medianos, incluidos siete con por lo menos un autor de África.

¿Es necesaria una revista como la *World Psychiatry*? ¿Existen en la actualidad problemas para difundir la información sobre los avances clínicos, de servicio e investigación a los psiquiatras de todo el mundo, con la contribución de psiquiatras de países no occidentales en las revistas psiquiátricas internacionales y con la relevancia clínica de parte de la investigación científica que se publica en las revistas psiquiátricas? Creo que cada una de estas preguntas puede responderse en forma positiva.

El acceso del psiquiatra promedio a las revistas psiquiátricas internacionales cada vez es más difícil. Esto no sólo se debe a motivos económicos (la gran mayoría de los psiquiatras en el mundo no pueden darse el lujo de una suscripción personal ni siquiera a una revista de psiquiatría internacional y

muchos centros académicos en la actualidad en realidad están reduciendo el número de revistas a las cuales se suscriben), sino también a la dificultad objetiva de la comprensión del lenguaje, los conceptos y los detalles técnicos de varios artículos, así como la falta de motivación para leer documentos que no tienen una relevancia clínica evidente. La brecha tradicional entre el pequeño círculo de investigadores y la multitud de psiquiatras clínicos cada vez es más grande.

Se ha documentado una y otra vez que muy pocos psiquiatras de los países no occidentales pueden contribuir a las revistas de psiquiatría internacionales. Además de los problemas de lenguaje y las tradiciones de la investigación, el hecho es que la investigación en psiquiatría es una actividad que se ha vuelto cada vez más compleja y costosa. El contenido de nuestras principales revistas científicas cada vez consta más de documentos refinados que informan sobre las investigaciones en los campos de las neuroimágenes, la genética o la biología molecular que se realizan en departamentos académicos con recursos adecuados de un número limitado de países occidentales. La brecha habitual entre los países desarrollados y los que se encuentran en vías de desarrollo para llevar a cabo la investigación psiquiátrica cada vez es más amplia.

Es probable que también esté aumentando la brecha entre los problemas abordados por parte de la investigación psiquiátrica publicada y los percibidos por los médicos como relevantes a su ejercicio clínico cotidiano. La investigación biológica en psiquiatría es decisiva para el avance de los conocimientos y para el desarrollo de nuevas modalidades de tratamiento. Sin embargo, probablemente hemos sido demasiado liberales en los últimos decenios en aceptar documentos de investigación biológica para publicación en las revistas psiquiátricas internacionales. En este sentido, un análisis de algunos estudios publicados hace 10 ó 15 años puede ser ilustrativo: el mensaje que transmiten es completamente obsoleto hoy día, no tanto porque en el ínterin han surgido nuevas técnicas, sino porque los propios hallazgos (por lo general, una diferencia pequeña aunque estadísticamente importante entre una muestra de pacientes con un diagnóstico psiquiátrico y una muestra de testigos sanos, con respecto a los valores medios de una o más variables biológicas) no tenían relevancia clínica y científica actual.

Dados los dos objetivos antes mencionados, es comprensible que los componentes y el tono global de cada número de *World Psychiatry* sea diferente de los de otras revistas psiquiátricas internacionales. Un componente importante está representado por los foros, que son muy apreciados por nuestra audiencia y por lo general atraen varias citas en la bibliografía internacional. Entre los foros más exitosos que hemos publicado en los últimos años se encuentran los correspondientes al concepto de trastorno psiquiátrico (1), los conflictos de intereses en psiquiatría (2), los pasos, retos y enseñanzas para el desarrollo de la salud psiquiátrica extrahospitalaria (3), la importancia de

las alteraciones funcionales en el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos (4), las enseñanzas aprendidas de estudios pragmáticos en torno a los psicofármacos (5) y las primeras intervenciones en la psicosis (6). En cada uno de estos foros han participado autores de todos los continentes. Otro componente especial está representado por los estudios sobre normatividad psiquiátrica que proporcionan información con respecto a las experiencias innovadoras en la asistencia psiquiátrica de diversas regiones (7,8) o que abordan problemas como la fuga de cerebros en psiquiatría (9) o el agotamiento psicológico de los psiquiatras (10) que pocas veces son abordados en las revistas internacionales de psiquiatría.

Entre los informes de investigación, damos prioridad a los estudios multicéntricos internacionales y nacionales que proporcionan datos sobre la epidemiología de los trastornos mentales en diversos países o que evalúan las modalidades innovadoras de la prestación de servicios psiquiátricos o de las intervenciones psicosociales. En los últimos años fuimos anfitriones, por ejemplo, de dos de los principales informes sobre la Iniciativa para la Encuesta de la Salud Psiquiátrica Mundial (11,12); el primer estudio extrahospitalario de la prevalencia y las correlaciones de los trastornos mentales en Irak (13), que atrajo la atención de *International Herald Tribune*, *Washington Post* y *New York Times*; y el primer estudio comparativo de una intervención basada en grupo para niños y adolescentes expuestos a las experiencias de la guerra en el Medio Oriente (14).

Todos nuestros artículos analizados son invitados y abordan aspectos de gran interés para los psiquiatras de todo el mundo. Entre los artículos que fueron más apreciados por nuestra audiencia en los últimos años, son los relacionados con la aflicción y el luto (15), los factores culturales en el diagnóstico psiquiátrico (16) el autoestigma en personas con trastornos psiquiátricos graves (17) las secuelas neuroconductuales de la lesión cerebral traumática (18) y el diagnóstico y el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los adultos (19).

El foro de uno de los últimos números de *World Psychiatry* se tituló «¿Son los psiquiatras una especie en vías de extinción?» (20). En realidad, nosotros y nuestra profesión somos estigmatizados en muchos países del mundo. Esto ciertamente está relacionado con nuestras dificultades para transmitir la nueva imagen de la psiquiatría: la imagen de una disciplina integrada que aborda una amplia gama de trastornos, incluidos algunos que son muy frecuentes en la población, el empleo de intervenciones que son por lo menos tan eficaces como las disponibles para la mayor parte de las otras ramas de la medicina. Sin embargo, no sería justo afirmar que la psiquiatría sólo tiene el problema de fomentar con más éxito su nueva imagen. Es preciso reconocer que nuestra profesión también tiene el problema, en varios contextos en muchos países, de coincidir con esta nueva imagen en la realidad del ejercicio clínico, la investigación y la capacitación.

Nuestra esperanza es que la difusión de *World Psychiatry* contribuya a mejorar la imagen y la realidad de la psiquiatría en el mayor número de países del mundo que sea posible.

## Bibliografía

1. Wakefield JC. The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry* 2007;6:149-56.
2. Fava GA. Financial conflicts of interest in psychiatry. *World Psychiatry* 2007;6:19-24.
3. Thornicroft G, Tansella M, Law A. Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. *World Psychiatry* 2008;7:87-92.
4. Üstün B, Kennedy C. What is "functional impairment"? Disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry* 2009;8:82-5.
5. Fleischhacker WW, Goodwin GN. Effectiveness as an outcome measure for treatment trials in psychiatry. *World Psychiatry* 2009;8:23-7.
6. McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence, and future directions. *World Psychiatry* 2008;7:148-56.
7. Alem A, Jacobsson L, Hanlon C. Community-based mental health care in Africa: mental health workers' views. *World Psychiatry* 2008;7:54-7.
8. Ng C, Herrman H, Chiu E et al. Community mental health care in the Asia-Pacific region: using current best-practice models to inform future policy. *World Psychiatry* 2009;8:49-55.
9. Gureje O, Hollins S, Botbol M et al. Report of the WPA Task Force on Brain Drain. *World Psychiatry* 2009;8:115-8.
10. Kumar S. Burnout in psychiatrists. *World Psychiatry* 2007;6:186-9.
11. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distribution of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007;6:168-76.
12. Wang PS, Angermeyer M, Borges G et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007;6:177-85.
13. Alhasnawi S, Sadik S, Rasheed M et al. The prevalence and correlates of DSM-IV disorders in the Iraq Mental Health Survey (IMHS). *World Psychiatry* 2009;8:97-109.
14. Karam EG, Fayyad J, Nasser Karam A et al. Effectiveness and specificity of a classroom-based group intervention in children and adolescents exposed to war in Lebanon. *World Psychiatry* 2008;7:103-9.
15. Zisook S, Shear K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry* 2009;8:67-74.
16. Alarcon RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry* 2009;8:131-9.
17. Corrigan PW, Larson JE, Rusch N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry* 2009;8:75-81.
18. McAllister TW. Neurobehavioural sequelae of traumatic brain injury: evaluation and management. *World Psychiatry* 2008;7:3-10.
19. Faraone SV, Anthsel KM. Diagnosing and treating attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *World Psychiatry* 2008;7:131-6.
20. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry* 2010;9:21-8.

# Guía de la WPA para combatir la estigmatización de la psiquiatría y los psiquiatras

NORMAN SARTORIUS<sup>1</sup>, WOLFGANG GAEBEL<sup>2</sup>, HELEN-ROSE CLEVELAND<sup>2</sup>, HEATHER STUART<sup>3</sup>, TSUYOSHI AKIYAMA<sup>4</sup>, JULIO ARBOLEDA-FLÓREZ<sup>3</sup>, ANJA E. BAUMANN<sup>5</sup>, OYE GUREJE<sup>6</sup>, MIGUEL R. JORGE<sup>7</sup>, MARIANNE KASTRUP<sup>8</sup>, YURIKO SUZUKI<sup>9</sup>, ALLAN TASMAN<sup>10</sup>

<sup>1</sup>Association for the Improvement of Mental Health Programmes, Geneva, Switzerland; <sup>2</sup>Department of Psychiatry and Psychotherapy, Heinrich-Heine-University Düsseldorf, Germany; <sup>3</sup>Queen's University, Kingston, Canada; <sup>4</sup>Department of Psychiatry, Kanto Medical Center, University of Tokyo, Japan; <sup>5</sup>World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark; <sup>6</sup>Department of Psychiatry, University College Hospital, Ibadan, Nigeria; <sup>7</sup>Federal University of Sao Paulo, Brazil; <sup>8</sup>Center for Transcultural Psychiatry, Psychiatric Clinic, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark; <sup>9</sup>National Institute of Mental Health, Department of Adult Mental Health, Tokyo, Japan; <sup>10</sup>Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Louisville, KY, USA

En 2009 el Presidente de la WPA estableció una Comisión para analizar la evidencia científica disponible en torno a la estigmatización de la psiquiatría y los psiquiatras y para que hiciera recomendaciones sobre las acciones que podían poner en práctica las asociaciones psiquiátricas nacionales y los psiquiatras como profesionales para reducir o evitar la estigmatización de su disciplina y también para evitar sus consecuencias negativas. Este estudio presenta un resumen de los hallazgos y recomendaciones de tal Comisión. La Comisión analizó la bibliografía relacionada con la imagen de la psiquiatría y los psiquiatras en los medios de comunicación y las opiniones sobre la psiquiatría y los psiquiatras del público general, de estudiantes de medicina, de profesionales sanitarios diferentes a los psiquiatras y de personas con enfermedades psiquiátricas y sus familias. También analizó la evidencia científica disponible en torno a las intervenciones que se han llevado a cabo para combatir el estigma y la discriminación subsiguiente y emitió una serie de recomendaciones para las asociaciones psiquiátricas nacionales y para psiquiatras individuales. La Comisión hizo hincapié en la formulación de los mejores procedimientos de la psiquiatría y su aplicación en los servicios de salud así como en la revisión de los programas para la formación del personal sanitario. También recomendó que las asociaciones psiquiátricas nacionales establezcan vínculos con otras asociaciones profesionales, con organizaciones de pacientes y sus familiares y con los medios de comunicación a fin de atacar el problema del estigma en un frente amplio. La Comisión también subrayó la importancia que la participación de los psiquiatras puede tener en la prevención de la estigmatización de la psiquiatría, resaltando la necesidad de crear una relación respetuosa con los pacientes, de observar en forma estricta reglas éticas en el ejercicio de la psiquiatría y de mantener la competencia profesional.

**Palabras clave:** Estigmatización, psiquiatría, psiquiatras, público general, medios de comunicación, estudiantes de medicina, pacientes y familiares, reglas éticas.

(*World Psychiatry* 2010;9:131-144)

Una de las metas incluidas en el Plan de Acción de la WPA para el periodo de 2008 a 2011, adoptada por la Asamblea General de la WPA, consiste en mejorar la imagen de la psiquiatría y los psiquiatras ante los profesionales sanitarios, el público general, las autoridades sanitarias y los estudiantes de las profesiones relacionadas con la salud (1,2). Con miras a lograr esta meta, el presidente de la WPA estableció una Comisión y confió a la misma la elaboración de una guía sobre la forma de combatir la estigmatización de la psiquiatría y los psiquiatras.

Este documento es un análisis de los conocimientos actuales en este campo y enumera una serie de recomendaciones con respecto a lo que se puede hacer para atacar el problema.

## MÉTODOS UTILIZADOS PARA ANALIZAR LA EVIDENCIA CIENTÍFICA PUBLICADA

La Comisión llevó a cabo un análisis de la bibliografía para identificar publicaciones en las que se abordara la imagen de la psiquiatría, los psiquiatras, las instituciones psiquiátricas y el tratamiento psiquiátrico. El algoritmo de investigación seleccionado se aplicó al Social SciSearch/Social Science Citation Index, PsycINFO, Embase, Somed (investigación conjunta a través de la máquina metabuscadora Dimdi, sólo de títulos) y Medline (títulos y resúmenes).

El análisis tuvo como propósito proporcionar una descripción exhaustiva de los estereotipos de la psiquiatría y los psiquiatras. Sin embargo, hay varios temas relacionados con las actitudes hacia la psiquiatría y los psiquiatras (p. ej., la conducta de búsqueda de ayuda, el cumplimiento) que podrían no

incluirse por completo y por tanto sólo están contemplados en lo que parecen tener importancia para nuestro análisis.

La búsqueda se llevó a cabo en julio de 2009, no se limitó a ningún año específico e identificó artículos publicados en Inglaterra y Alemania. Los miembros de la Comisión contribuyeron con recomendaciones en torno a las publicaciones en otros idiomas de las cuales estaban al tanto. La búsqueda inicial generó 8217 artículos, de los cuales 7.296 persistieron después que se excluyeron los duplicados. Después del rastreo de títulos y resúmenes, identificamos 398 artículos como potencialmente relevantes. Un análisis adicional de las citas bibliográficas permitió identificar otras publicaciones más. Se evaluó con detalle un total de 503 estudios potencialmente relevantes que constituyeron la base para este análisis.

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL CONOCIMIENTO

Establecimos una definición amplia del estigma para abarcar los estereotipos negativos y las creencias prejuiciosas que la gente pueda tener y también los procedimientos discriminatorios o no equitativos que pueden resultar de ello. Así mismo, reconocimos que el estigma y la discriminación pueden ocurrir al nivel del individuo, a través de interacciones interpersonales, lo mismo que al nivel de las estructuras sociales en virtud de normas, procedimientos y leyes que son injustos (3). Primeramente evaluamos la estigmatización de la psiquiatría (y los tratamientos psiquiátricos) y después la estigmatización de los psiquiatras.

## La estigmatización de la psiquiatría

### *El público general*

La opinión del público en torno a los centros psiquiátricos ha sido constantemente negativa durante los últimos decenios. La imagen de «un hospital psiquiátrico» típicamente ha sido la de una institución a gran escala con un carácter de custodia (4), a puertas cerradas y ubicado en los márgenes de la población (5,6). En una muestra representativa de encuestados alemanes (4), 25% creían que a los pacientes no se les permitía salir y 50% pensaban que todavía se utilizaban camisetas de fuerza.

Se pudieron observar algunos cambios favorables durante la década de los 70 con la aparición de la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria (7). Sin embargo, la atención extrahospitalaria también afrontó resistencia por parte de los residentes de la población, lo cual se designó como el síndrome NIMBY (no en mi patio, por sus siglas en inglés). Por ejemplo, en un estudio, aunque 81% de los estadounidenses rechazaban la idea de que «la mejor manera de tratar a los enfermos mentales era mantenerlos encerrados», un número significativamente menor (31%) vería con buenos ojos un centro psiquiátrico ambulatorio en su vecindad (8). Los motivos de esta resistencia comprendían preocupaciones en torno a la declinación de los valores de la propiedad, la seguridad de los niños y la seguridad personal (9-12).

Se ha observado que son contradictorias las opiniones del público en torno al tratamiento psiquiátrico. Si bien algunos estudios revelaron que los encuestados consideraban que era útil el tratamiento psiquiátrico (13-15), en otros, expresaban preocupación en torno a la calidad y la eficacia del tratamiento (16-18) y, en algunos, los encuestados consideraban que era nocivo el tratamiento psiquiátrico (19-21).

Seleccionada entre una amplia gama de opciones de tratamiento, la psicoterapia por lo general se prefería a los psicofármacos (6,20,22-33). Sin embargo, el marco de referencia de las preguntas al parecer influye en los resultados. Una selección forzada entre las opciones de tratamiento parece generar una preferencia por la psicoterapia, pero si se evalúa la aceptación de un determinado tipo de tratamiento, los estudios por lo regular revelan tasas elevadas de aceptación tanto para el tratamiento psicoterapéutico como el psicofarmacológico (34-37).

El público general tiende a sobreestimar la eficacia de la psicoterapia, recomendándola como el único tratamiento incluso para trastornos como la esquizofrenia en la que la evidencia científica indica que hay indicaciones para el tratamiento psicofarmacológico (22,38). En cambio, los efectos negativos de los psicofármacos son percibidos como graves, en tanto que se subestiman los efectos positivos (31,39,40). En algunos casos, pese a que se está de acuerdo en que son eficaces, la mayoría de los encuestados no estará dispuesta a tomar psicofármacos (41).

Se descubrió que cinco conceptos erróneos en torno a los psicofármacos prevalecían en la población general. Se les percibe como adictivos (30,31,39,42-44), una «sedación sin curación» (30,38,39,44-46), una «invasión de la identidad» (39), el simple drogar a los pacientes (40) e ineficacia para evitar las recaídas (30). Estos conceptos erróneos están representados también en África, donde se confía más en los curanderos tradicionales que en los médicos con formación occidental (47,48).

A menudo se observaron actitudes negativas en torno a la electroterapia convulsiva (ETC). En un estudio demográfico

australiano, por ejemplo, sólo 7% percibían la ETC como útil, en tanto que 70% la percibían como dañina (22).

### *Estudiantes de medicina*

Entre los estudiantes de medicina, los resultados son mixtos, a veces contradictorios. Si bien la posición global de la psiquiatría como disciplina es baja, algunos estudios también refieren cambios positivos en las actitudes, sea en el transcurso del tiempo (49,50) o después de concluir la formación psiquiátrica en la escuela de medicina (51-71), aunque la mejora de las actitudes parece ser transitoria (72-75). En otros estudios, no se observó ninguna mejora de las actitudes (76-83). Pese a las actitudes positivas, suele ser reducida la proporción de estudiantes de medicina que indica que seleccionarían la psiquiatría como una especialidad (84-91).

El escaso prestigio percibido y el escaso respeto por parte de las otras disciplinas de la medicina han sido dos de los principales motivos mencionados para no seleccionar la psiquiatría como una carrera profesional (49,87,92-111). En una encuesta reciente de estudiantes de medicina de Estados Unidos en torno a las especialidades médicas percibidas como objeto de desdén, la psiquiatría ocupó el tercer lugar (39%) después de la medicina familiar y la medicina interna general (102).

Cuando hubo una atracción por la psiquiatría, al parecer se basó principalmente en que era interesante y representaba un reto intelectual (77, 101, 110) y que constituía una especialidad que ofrecía satisfacción laboral con perspectivas favorables (101,113,114). Los estudiantes de medicina a menudo no ven la psiquiatría como una opción profesional que represente un reto intelectual (101,115-117) y la ven como una profesión con una escasa satisfacción laboral y una satisfacción personal limitada (109). Sin embargo, en otros estudios, la psiquiatría fue de las más atractivas por lo que respecta al reto intelectual que planteaba (92,118,119).

Otro aspecto influyente adicional es la influencia de las familias de los estudiantes en sus actitudes y su decisión para formarse en la especialidad de la psiquiatría. Los estereotipos, como la idea de que la especialización en psiquiatría es «tiempo perdido», son frecuentes en las familias de estudiantes de medicina (94,120), aunque los estudiantes no necesariamente se sienten desalentados por su familia (100, 104). No obstante, esta actitud refleja una imagen de que la psiquiatría no es «verdadera medicina» (109).

Aspectos económicos, como el salario bajo (49,87,92,99,106,107,109,116,121-124) y la falta de financiación oficial (103,125-129), también repercuten en la formación de la imagen de la psiquiatría como disciplina. Estas desventajas económicas tienen una repercusión en las actitudes de los estudiantes de medicina tanto en el contexto clínico como en el de la investigación.

Los estudiantes de medicina también perciben la psiquiatría como una disciplina que carece de un fundamento científico sólido y autorizado (92,97,101,109,117,119,130-135). Esta actitud está basada en parte en la incertidumbre en torno a la nosología y el diagnóstico de las enfermedades psiquiátricas, lo cual se menciona entre los motivos de que los estudiantes de medicina no estudien psiquiatría (109,136,137). La clasificación de los trastornos mentales en el DSM y las categorías de la ICD han sido objeto de críticas porque la mayor parte de estas categorías diagnósticas no son validadas por los criterios

biológicos (138-141), lo que refuerza la imagen de que la psiquiatría no es «verdadera medicina». Un aspecto de este debate comprende la cuestión de si la investigación en que se utiliza como criterios de inclusión diagnósticos que no están validados «es igualmente inválida» (142).

Los resultados en torno a la opinión que tienen los estudiantes de medicina sobre el tratamiento psiquiátrico y su resultado han sido contradictorios. Los estudiantes de medicina suelen ver el tratamiento psiquiátrico como ineficaz (115,143) y consideran que la psiquiatría está «avanzando muy lentamente» (133).

Los estudiantes de medicina se mostraron menos escépticos que el público en general hacia los psicofármacos (144,145). Sin embargo, se criticó que los psicofármacos no se dirigían a la causa efectiva de las enfermedades (146). En algunos casos la psicoterapia tuvo una evaluación más positiva (147).

Las actitudes de los estudiantes de medicina hacia la electroterapia convulsiva (ETC) también han sido contradictorias. La mayoría de los encuestados la consideraban como una forma de castigo (148,149) que sólo se utilizaba como último recurso (150). En cambio, la mayoría de los estudiantes de medicina de un estudio nigeriano no estuvo de acuerdo con la idea de que la ETC se utilice erróneamente como un castigo (151). Los estudiantes del Reino Unido no comunicaron ningún temor con respecto al abuso de la ETC por los psiquiatras, a diferencia de un 30%, aproximadamente, de sus homólogos en Irak y Egipto (152). Las actitudes negativas hacia la electroterapia convulsiva pueden ser atribuibles a los medios de comunicación masivos y a las imágenes representadas en el cine (148,153), en tanto que los estudiantes del Reino Unido tenían más posibilidades de haber observado casos reales tratados con ETC (152,154).

#### *Profesionales sanitarios*

Las actitudes de los médicos de familia hacia la psiquiatría se han evaluado en algunos estudios. Se identificaron dos motivos para la falta de remisión de los pacientes (155): preocupaciones en torno a la eficacia del tratamiento psiquiátrico y estigma hacia el paciente. A menudo se consideraron necesarios los psicofármacos, pero también se recomendaba la psicoterapia y los métodos combinados (156,157).

No se ha estudiado ampliamente la imagen de la psiquiatría desde la perspectiva de los psiquiatras. En un estudio en que se evaluó el sentir de una muestra de psiquiatras y pediatras en torno a su especialidad se demostró que la satisfacción era considerable entre los psiquiatras (158), sin ninguna diferencia en la satisfacción en comparación con los pediatras. Lambert et al. (136) al evaluar los motivos por los cuales los médicos abandonaban la especialidad que al principio habían seleccionado, informan que los principales motivos mencionados por los psiquiatras comprendían una imagen desfavorable de la especialidad ante el público, la carencia percibida de respeto entre los demás médicos y la percepción de la falta de recursos. Sólo 71% de los psiquiatras de un estudio británico comunicaron una disposición general para tomar antipsicóticos ellos mismos en caso de presentar un trastorno esquizofrénico (159).

Se ha demostrado que las estudiantes de enfermería y las enfermeras tienen actitudes positivas hacia la psiquiatría (160-166). Lo mismo es aplicable a los estudiantes de farmacia (167).

Las actitudes de los profesionales sanitarios hacia los tratamientos psiquiátricos específicos al parecer coinciden con las de la población general y los estudiantes de medicina. Por

consiguiente, a menudo se consideraba que los fármacos de liberación prolongada eran coercitivos y que afectaban a la autonomía del paciente (168,169), se prefería la psicoterapia a los antidepresivos (170) y con frecuencia se aceptaban los psicofármacos sólo como un último recurso (171). Sin embargo, las trabajadoras sociales tenían una actitud positiva hacia los psicofármacos (172,173). Sólo 35% de los profesionales psiquiátricos no médicos comunicaron que considerarían ellos mismos tomar antipsicóticos en caso de un trastorno esquizofrénico, en tanto que 85% lo recomendarían a familiares (159). Las enfermeras psiquiátricas recomendaban la electroterapia convulsiva sólo en casos de depresión extrema (174). Los métodos de tratamiento involuntario despertaban fuertes emociones entre las enfermeras (175,176).

#### *Pacientes y familiares*

Entre los pacientes que no cumplían con una remisión a un psiquiatra, los motivos más frecuentes mencionados eran el temor al estigma de la enfermedad psiquiátrica, más que las expectativas negativas con respecto al tratamiento y sus cualidades (177). Los pacientes por lo general esperaban que el tratamiento fuese útil (178,179) y la mayoría de los enfermos ambulatorios de un centro psiquiátrico de la población estaban satisfechos con el tratamiento que recibían (180,181). Sin embargo, los pacientes a menudo notifican expectativas de que los tratamientos como la electroterapia convulsiva resulten dolorosos y que se les puedan administrar los fármacos sin su consentimiento (26,182).

En relación con formas específicas de tratamiento psiquiátrico, los pacientes y sus familiares albergan los mismos estereotipos en torno a los psicofármacos que tiene el público en general. Por consiguiente, estos fármacos a menudo son rechazados porque se considera que son adictivos (32,183-185), no la diana de las causas efectivas de la enfermedad (32), que desencadenan cambios en la personalidad (179,186) y que suprimen los sentimientos normales (184). Algunos estudios muestran una clara preferencia por la psicoterapia por contraposición al tratamiento farmacológico (19,26,187,188) y los pacientes a menudo no esperan recibir psicofármacos al iniciar su tratamiento (178,179,189). El tratamiento psiquiátrico a menudo se consideró como lento en surtir efecto o absolutamente ineficaz (190).

Sin embargo, en comparación con la población general, los pacientes psiquiátricos y sus familiares han tenido actitudes un poco más favorables hacia los psicofármacos (191-195) y algunos estudios informan que es considerable la satisfacción con esta forma de tratamiento (196-198). Los pacientes previamente hospitalizados mostraron actitudes más positivas hacia el tratamiento psiquiátrico (199-201).

Si bien los pacientes por lo general han considerado la electroterapia convulsiva como un método de tratamiento eficaz (203-203), la mayoría esperaba tener efectos secundarios graves (204,205), lo que a menudo hacía que la consideraran como un tratamiento de último recurso. Sin embargo, este no fue el caso de los pacientes que ya se habían sometido a electroterapia convulsiva (206-208). Así mismo, si bien la mayoría de los pacientes comunicaron que no recomendaban el tratamiento obligatorio porque limitaba su autonomía, la mayoría evaluaron como útil su experiencia efectiva con el tratamiento obligatorio (197,209-218).

La imagen general de la psiquiatría en las noticias y en los medios de entretenimiento es predominantemente negativa. En un comentario de los medios, la psiquiatría se representó como «una disciplina sin verdadero academicismo, métodos científicos o técnicas de tratamiento eficaz» (219). Los periódicos y la cinematografía a menudo han transmitido una imagen negativa de los hospitales psiquiátricos (220,221). Estas imágenes se generalizaron rápidamente y contribuyeron a la imagen negativa de la psiquiatría en general (222,223). Los centros psiquiátricos modernos de la población raras veces se han representado en los medios de comunicación (224).

La imagen del tratamiento psiquiátrico también a menudo es negativa y prevalecen las representaciones de los electrochoques ineficaces y punitivos (225), el confinamiento forzado o el tratamiento psicoanalítico (224,226,227). La «mitología de la psiquiatría de Hollywood» (228) transmite la idea de que el tratamiento satisfactorio no está basado en fármacos y avances graduales, sino en una sola sesión catártica. Los reportajes sobre los psicofármacos que aparecen en los periódicos han sido considerablemente más críticos que los reportajes sobre los fármacos cardiológicos y con mucha frecuencia se resaltan los efectos secundarios negativos y se omite información sobre los efectos favorables (229,230). Los reportajes sobre la electroterapia convulsiva a menudo han sido negativos y sesgados (231). Varios diarios critican una y otra vez la relación entre la psiquiatría y la industria farmacéutica (232).

### **La estigmatización de los psiquiatras**

#### *El público general*

La imagen de los psiquiatras ante el público en gran parte es negativa y está basada en el conocimiento insuficiente con respecto a su formación, experiencia y propósito. Por ejemplo, no se sabe en general que los psiquiatras son médicos y se subestima la duración de su formación (6,182,233-235). Se les atribuye una categoría precaria entre los médicos (236), académicos (235) y profesiones de la salud mental (237). Muchos estudios informan una diferenciación insuficiente entre las diversas profesiones relacionadas con la salud mental en concreto entre los psiquiatras y los psicólogos (233,237,238). Sólo en dos estudios se comunicó que los encuestados podían distinguir entre las profesiones (6,265). Se acusa a los psiquiatras de fiarse demasiado en los fármacos (239). Ante la presentación de un problema psiquiátrico, a menudo se recomienda la ayuda de un confidente (25,27,34) o de un médico de familia (241-242) en vez del tratamiento por un psiquiatra. No obstante, sólo una pequeña minoría del público en general aprueba el estereotipo de que «los psiquiatras son inútiles» (22,236,237,243).

Existen estereotipos competitivos en torno a las funciones profesionales de los psiquiatras (244,245). Por una parte, suelen percibirse como «agentes de represión» cuyo propósito es garantizar la conducta adaptada (244) y que pueden «leer las mentes de las personas» (18). A veces se señala que los psiquiatras en realidad no desean comprender a sus pacientes y que se muestran hostiles hacia ellos (6,107). Por otra parte, los psiquiatras a veces son percibidos como oráculos, adivinos o sabios amables con una expectativa exagerada en torno al éxito del tratamiento y la curación (244).

Otra idea errónea sobre los psiquiatras tiene que ver con su papel en los juzgados como expertos que atestiguan con respecto a la salud mental de acusados. Sus explicaciones de la conducta de un acusado suelen malinterpretarse como «escapatorias para delincuentes» (246,247). En este contexto, los encuestados también expresaron escasa confianza en la capacidad de los psiquiatras para detectar la locura legal. Así mismo, se ha señalado que el testimonio de psiquiatras forenses no está basado en la experiencia profesional sino que es motivado por intereses económicos (219,248,249). No obstante, la mayoría de los abogados y jueces rechazaron el estereotipo de escasa competencia (250).

En la bibliografía se encuentran tres estereotipos adicionales para describir a los psiquiatras, que aluden a la locura, la excentricidad y el abuso. Es discutible pero el más frecuente es el del psiquiatra que padece problemas de salud mental (18,233,239,251). Sin embargo, no hemos encontrado ningún solo estudio que proporcione pruebas empíricas directas de que el público en realidad aprueba este estereotipo. En una encuesta realizada en la población (236), la mayoría describían a los psiquiatras como útiles y dignos de fiar y sólo una pequeña minoría los percibía como no transparentes o raros. Sin embargo, dada la opción entre los diversos profesionales relacionados con la salud mental, los participantes en una encuesta australiana se sentían menos cómodos hablando con psiquiatras y los evaluaban con puntajes más altos en cuanto a la excentricidad percibida (237). Por último, los psiquiatras se han visto como peligrosos y abusadores manipuladores (107,252) que explotan a sus pacientes y abusan de su poder (51), incluso al grado de tratar de obtener favores sexuales.

#### *Estudiantes de medicina y profesionales sanitarios*

Los estudiantes de medicina a menudo refieren enterarse de observaciones negativas y despectivas sobre los psiquiatras por los maestros de la escuela de medicina y durante su internado (112,120). Basándose en la noción de que «los psiquiatras deben estar locos ya que pueden lidiar con personas locas» (244) o que «el trabajar con personas locas hará que enloquezcan» (120), los estudiantes de medicina a veces perciben a los psiquiatras como profesionales con más inestabilidad emocional o neuróticos que otros profesionales relacionados con la salud (65,94,97,253). Los estudiantes de medicina también pueden ver a los psiquiatras como pensadores peculiares, nebulosos y confusos que son complejos y difíciles de comprender (79,94,253,254).

Entre los médicos, suele describirse a los psiquiatras bajo una categoría baja. Algunos autores señalan que hay una «falta de respeto entre la comunidad médica» (120), que asigna a los psiquiatras un estereotipo de «inseguros», ineficaces, inútiles e incomprensibles (244). Esta percepción de que los psiquiatras «no son verdaderos médicos» también se refleja en el hecho de que las cartas de remisión que elaboran los médicos de familia a los psiquiatras pocas veces contienen información con respecto a síntomas físicos (255). No obstante, los médicos reconocen que los psiquiatras pueden ayudar a las personas con trastornos mentales y que tienen experiencia relevante (256). Así mismo informan que aprecian y desean la asesoría de los psiquiatras interconsultantes (257-259), aunque no desean tenerlos como médicos tratantes a largo plazo (250,261). Pese a estas actitudes positivas, 35% de los médicos no psiquiatras consideran que los

psiquiatras son menos emocionalmente estables que otros médicos y 51% piensan que son neuróticos (256).

Por otra parte, los psiquiatras se evaluaron a sí mismos como más introspectivos, menos autoritarios, más cultos y maduros que sus colegas médicos y 77% estuvieron en desacuerdo con la idea de que eran más neuróticos. Sin embargo, los psiquiatras están muy conscientes de su imagen negativa (246,256,262).

Los psiquiatras al parecer en general son bien aceptados por otros profesionales relacionados con la salud mental (263,264). Los psicólogos, las enfermeras y las trabajadoras sociales evaluaron a los psiquiatras con el mismo grado de competencia que otros grupos profesionales, aunque invariablemente los consideraban menos cálidos (265).

#### *Pacientes y familiares*

Las actitudes de los pacientes y sus familiares hacia los psiquiatras son ambivalentes. La satisfacción con el desempeño de los psiquiatras tiende a ser considerable (196,198) y las actitudes se vuelven más positivas durante la hospitalización (161). Una preocupación que se suele expresar es en torno a las presiones de tiempo que existen en un centro de atención psiquiátrica y la consiguiente falta de tiempo para las conversaciones intensivas (196,266-269). Algunos pacientes han descrito a los psiquiatras como controladores (267) y algunos familiares los han percibido como arrogantes (268). Strehlow y Piesiur-Strehlow (270) descubrieron que la falta de conocimiento sobre la experiencia de los psiquiatras y las actitudes negativas hacían que los progenitores escogieran psiquiatras sólo como último recurso para tratar a sus niños con problemas de salud mental.

#### *Los medios*

Muchos de los estereotipos que prevalecen en el público general también pueden encontrarse en la forma en que los psiquiatras son representados en los medios de comunicación. Por ejemplo, los psiquiatras se representan como inútiles e incapaces de proporcionar tratamiento eficaz (128,224) y que no pueden explicar o pronosticar la conducta de sus pacientes (271). Así mismo, a menudo se utilizan términos despectivos y coloquiales para los psiquiatras (107). La imagen de un psiquiatra controlador y malicioso (272), un funcionario del estado opresivo (227), era característica en la primera mitad del siglo pasado (228). En los años subsiguientes, han surgido diferentes subtipos de psiquiatras. Por ejemplo Schneider (273) distinguió al Dr. Dippy, el Dr. Wonderful y el Dr. Evil, que representan los estereotipos del psiquiatra malo, el supercurador y el psiquiatra explotador y que viola los límites. Se ha propuesto una clasificación similar basándose en el análisis de una película (226). Es característico que algunos de los atributos positivos de los psiquiatras los representen como accesibles a sus pacientes (228). Un análisis de una película estadounidense (274) reveló que se representaba a los psiquiatras como útiles y amigables en casi la mitad y como maliciosos o violadores de límites en la otra mitad de la película analizada.

### **INTERVENCIONES PARA COMBATIR LA ESTIGMATIZACIÓN DE LA PSIQUIATRÍA Y LOS PSIQUIATRAS**

Nuestro análisis de la bibliografía sobre la estigmatización de la psiquiatría y los psiquiatras reveló una escasez de investi-

gación sobre los avances y la evaluación de las intervenciones para combatir el estigma. Los resultados de estos escasos estudios se presentan por separado para el estigma hacia la psiquiatría y hacia los psiquiatras.

### **Intervenciones para combatir la estigmatización de la psiquiatría**

Por lo que respecta al estigma hacia el tratamiento psiquiátrico, hay ciertas pruebas de que el mejorar el conocimiento de las personas sobre los trastornos mentales durante «un curso de primeros auxilios psiquiátricos» mejora la concordancia con los tratamientos generalmente recomendados (275). Así mismo, hay ciertas pruebas de que las actitudes hacia los centros de atención a la población podrían mejorar si se proporcionara información sobre los trastornos mentales y su tratamiento y también por el contacto con personas que padecen estos trastornos (276). Battaglia et al., (277) demostraron que una conferencia dada por un psiquiatra sobre las cuestiones de salud mental a estudiantes de secundaria no sólo mejoraba el conocimiento sobre las enfermedades psiquiátricas sino también las actitudes de búsqueda de ayuda y apreciación de los psiquiatras, posiblemente debido a una mayor familiaridad.

La modificación de la imagen de la psiquiatría en los medios es un requisito preliminar importante para cambiar la opinión del público, sobre todo porque favorece las expectativas realistas de las modalidades del tratamiento y su eficacia (234,239). Stuart (278) señala que los profesionales relacionados con la salud mental lo mismo que los pacientes debieran estar más presentes en los medios, a fin de proporcionar una imagen más exacta de los tratamientos psiquiátricos y sus consumidores. La capacitación de los medios con respecto a los profesionales relacionados con la salud mental pueden mejorar su credibilidad y la aceptabilidad de su mensaje. Kutner y Bresin describieron una intervención específica que tiene por objeto mejorar las relaciones entre los psiquiatras y los medios (279). Basándose en la idea de que la inseguridad en una entrevista por los medios puede pasar por arrogancia, presentaron un programa específico de capacitación en torno a los medios. En reuniones de trabajo con grupos de seis residentes de psiquiatría, se proporciona información sobre los medios y su funcionamiento y se ponen en práctica habilidades de comunicación y presentación mediante juego de roles. Aun cuando no se comunicó una evaluación formal, los autores sostienen que tuvieron experiencias positivas con la capacitación.

La mayor parte de las intervenciones que tienen por objeto modificar las actitudes de los estudiantes de medicina hacia la psiquiatría se centraron en los cambios de las modalidades de enseñanza y el programa de enseñanza en la escuela de medicina. Los estudios en los que se comparaban diferentes estilos de enseñanza (p. ej., enseñanza tradicional frente a la basada en la solución de problemas) no demostraron una ventaja de un método sobre otro (55,67,72). Según un estudio realizado por Singh et al., (67), la adquisición de conocimientos, una percepción del potencial terapéutico de las intervenciones psiquiátricas y el contacto directo con los pacientes puede mejorar las actitudes y la atracción de la psiquiatría como una carrera de elección.

Coodin y Chisholm describieron un método específico para corregir la percepción errónea del tratamiento psiquiátrico como ineficaz (280). Un seminario de psiquiatría sobre el res-

tablecimiento de las personas con esquizofrenia, dado en forma conjunta por un usuario y un profesional, llevó a percepciones más favorables del tratamiento de las enfermedades psiquiátricas. Lambert et al., (136) aducen que el ataque a la imagen negativa de la psiquiatría debiera comenzar en la escuela de medicina y continuar en la formación de los médicos jóvenes, a fin de conservar a los psiquiatras en sus trabajos. Así mismo, para evitar las desigualdades, recomiendan que los estudiantes de medicina interesados tengan la oportunidad de obtener más experiencia en los internados psiquiátricos antes de tratar de optar por una carrera a largo plazo en psiquiatría.

### **Intervenciones para combatir la estigmatización de los psiquiatras**

No pudimos identificar ningún estudio que describiera intervenciones específicamente dirigidas a la estigmatización y la discriminación de los psiquiatras. Sin embargo, hubo varias recomendaciones con respecto a cómo modificar su imagen negativa, la mayor parte de las cual se enfocaban en crear una relación positiva con los medios. Esto comprende la participación activa de los psiquiatras en el flujo de información (233) y la provisión de conocimientos expertos sobre cuestiones de salud mental (281) y casos forenses (282).

La Asociación Psiquiátrica de Québec estableció recomendaciones sobre cómo mejorar la imagen de los psiquiatras con la ayuda de una empresa de comunicaciones. Sus estrategias comprendieron el volverse más visibles en los medios, responder a las necesidades del público y a acontecimientos críticos y aumentar la visibilidad de los psiquiatras en la sociedad (283). Además, aducen que los psiquiatras deben reaccionar públicamente a las críticas de su profesión. Una mayor visibilidad y una mejor orientación a la población también son recomendadas por Felix (284) y Davidson (285), quienes señalan que el voluntariado de la población es un método importante para mejorar el reconocimiento público.

Con el interés de reducir el estigma en la profesión médica, se recomienda abordar el estigma en la educación psiquiátrica (120), proporcionando a los estudiantes de medicina una imagen más exacta de la psiquiatría como una disciplina y ofrecer modelos de rol positivos (94,176,286). Se recomiendan relaciones de alianza y consulta con un psiquiatra para formar relaciones positivas con los médicos formados (287). En este sentido, es importante que el psiquiatra siga siendo «primeramente un psiquiatra y luego un especialista», con conocimientos médicos lógicos (176,288). Spiessl y Cording (289) señalan un servicio de alianza psiquiátrica fácilmente accesible para los médicos de familia a fin de reducir las demoras en las remisiones. Es más, recomiendan seminarios orientados al ejercicio clínico dirigidos a médicos de familia donde se les informe sobre las enfermedades psiquiátricas pero también sobre los hospitales psiquiátricos, así como la educación continuada en el contexto del servicio de remisión psiquiátrica.

### **RECOMENDACIONES**

Nuestra revisión de la bibliografía disponible en torno a la estigmatización de la psiquiatría y los psiquiatras nos permitió identificar sólo un número muy pequeño de artículos sobre la investigación relativa al desarrollo y la evaluación de las intervenciones reducidas a dirigir tal estigma. Los principales

resultados indicaron la importancia de la colaboración estrecha con los medios. En este sentido, la mejora de las relaciones públicas, la inclusión de los psiquiatras en los medios como expertos sobre cuestiones psiquiátricas, así como los talleres dirigidos a los psiquiatras con respecto a cómo interactuar con los medios, han demostrado eficacia para reducir el estigma de la psiquiatría y los psiquiatras. Así mismo, los medios desempeñan un papel importante al brindar información y corregir los conceptos erróneos en torno a los tratamientos psiquiátricos, a las instalaciones y la función de los psiquiatras. El segundo resultado principal tiene que ver con la mejora de la imagen de la psiquiatría y los psiquiatras a través de una combinación de conocimientos y contacto con las personas que tienen enfermedades mentales. Los métodos específicos relacionados con las actitudes de los estudiantes de medicina comprenden abordar el estigma y los conceptos erróneos sobre la psiquiatría durante la formación médica y mejorar la enseñanza en la psiquiatría.

Así mismo, basándose en la experiencia de su programa global para reducir el estigma y la discriminación hacia la esquizofrenia (290-293), la WPA recomienda las siguientes acciones para combatir la estigmatización de la psiquiatría y los psiquiatras.

### **Recomendaciones a las asociaciones psiquiátricas nacionales**

*Las organizaciones psiquiátricas nacionales debieran definir los mejores procedimientos de la psiquiatría y procurar activamente su aplicación en el sistema de la asistencia psiquiátrica.*

Además de la publicación de las directrices apropiadas en torno a los mejores procedimientos, las organizaciones psiquiátricas debieran encontrar formas de introducir su contenido en los programas de enseñanza de medicina y hacer que la capacitación sobre su uso sea una parte esencial de la educación de posgrado en psiquiatría. El hecho de que existan directrices sobre los mejores procedimientos y que se estén aplicando debe ser del conocimiento público.

Las organizaciones psiquiátricas deben garantizar una acción rápida en caso de violaciones a los derechos humanos en el procedimiento o la investigación en torno a la psiquiatría e informar claramente sobre los efectos de tales acciones. Debieran hacer hincapié en la creación de técnicas que faciliten el control de calidad de los procedimientos psiquiátricos y en el amplio uso de estas técnicas. Deben informar con regularidad sobre los logros científicos y éxitos para brindar atención a las personas con trastornos psiquiátricos en comunicaciones con las autoridades sanitarias. Debieran trabajar para lograr una completa transparencia en su relación con las industrias relacionadas con la salud.

*Las organizaciones psiquiátricas nacionales, en colaboración con las instituciones académicas pertinentes, debieran analizar los programas de estudios para estudiantes de medicina de pregrado y posgrado.*

Hay indicios en diversos países de que los estudiantes de medicina tienen una opinión precaria de la psiquiatría y que un número cada vez menor de ellos opta por la psiquiatría como una especialidad después de graduarse de médicos. Como lo demostró nuestro análisis, esto se debe en parte a la influen-

cia de los profesores de otras disciplinas médicas que tienen estos puntos de vista y en parte a la forma en que se presenta y se señala la psiquiatría en las escuelas de medicina de casi todos los países. Existen diversos métodos de enseñanza que podrían volver más atractivo el tema de la psiquiatría, pero no se utilizan ampliamente. Estos comprenden las instrucciones intensificadas en torno a las destrezas (que se pueden utilizar para tratar las enfermedades mentales lo mismo que para el ejercicio de la medicina en general). El contacto con personas que se han tratado de enfermedades psiquiátricas y se han restablecido, la participación de familiares como instructores en torno al control sistemático de las enfermedades y alteraciones mentales en la población, la exposición a la atención extrahospitalaria satisfactoria del enfermo mental, el empleo de escuelas de verano y programas de intercambio para aumentar la atracción de la psiquiatría y una mejor integración de la enseñanza de la psiquiatría con la de las neurociencias y ciencias de la conducta.

Las habilidades de presentación y comunicación, para el trabajo con los medios y las oficinas gubernamentales tienen considerable importancia en el desarrollo de los servicios psiquiátricos y también en cualquier acción para modificar la imagen de la psiquiatría. En la actualidad estas destrezas se enseñan sólo de manera excepcional. La formación de posgrado también debiera incluir la educación sobre los orígenes del estigma de las enfermedades psiquiátricas y sobre los métodos que se pueden utilizar para combatirlo.

*Las asociaciones psiquiátricas nacionales debieran establecer vínculos más estrechos y colaboración con otras asociaciones de profesionales, con asociaciones de pacientes y familiares y con otras organizaciones que puedan participar en la provisión de asistencia psiquiátrica y la rehabilitación del enfermo mental.*

La imagen de la psiquiatría y de los psiquiatras depende en gran medida de la opinión de otros especialistas médicos y de la percepción de la disciplina por quienes utilizan los servicios psiquiátricos. Las asociaciones psiquiátricas a menudo tienen vínculos muy deficientes con otras asociaciones de profesionales y con las organizaciones de pacientes y familiares, con los cuales la relación suele ser adversaria. La ejecución de proyectos conjuntos (p. ej., investigación sobre la comorbilidad de trastornos psiquiátricos y físicos) y la colaboración con las organizaciones de pacientes y familias en la elaboración de directrices y normas prácticas podrían reducir la brecha que actualmente existe y contribuir a mejorar la imagen de la psiquiatría.

La colaboración con las organizaciones de pacientes y familias también puede contribuir al esfuerzo para volver más eficientes los servicios psiquiátricos y más fáciles de utilizar. La experiencia que algunos países tienen en este sentido (p. ej., en la selección conjunta de un «ombudsman» que pueda ayudar a resolver los problemas que surgen en los servicios psiquiátricos y la introducción de reuniones periódicas de representantes de organizaciones de pacientes y familias y directores de programas de salud mental) pueden atenuar los conflictos y brindar oportunidades para el contacto y la colaboración.

La colaboración con las escuelas y las asociaciones de maestros y también con organizaciones como el Club Rotario también son útiles para reducir el estigma de la psiquiatría.

*Las asociaciones psiquiátricas nacionales debieran tratar de establecer y mantener relaciones de trabajo adecuadas con los medios.*

El papel de los medios en la formación de las actitudes del público general cada vez tiene más importancia. A menudo es incompleta u obsoleta la información que los medios tienen sobre el ejercicio de la psiquiatría. Las asociaciones psiquiátricas nacionales debieran evaluar diferentes formas de brindar información actualizada y crear relaciones de trabajo con representantes de los medios que comprendan seminarios, boletines informativos con regularidad, conferencias de prensa, la intervención de los representantes de los medios en la planificación de los servicios y otras formas apropiadas para cada país.

### **Recomendaciones para los directores de servicios psiquiátricos y los psiquiatras individuales**

*Los psiquiatras deben tener presente que su conducta puede contribuir a la estigmatización de la psiquiatría como una disciplina y de ellos mismos como sus representantes.*

La conducta de los psiquiatras en su ejercicio clínico tiene importancia decisiva para la imagen de la psiquiatría y los psiquiatras. Sus componentes que deben recibir atención específica son: a) la creación de una relación respetuosa con los pacientes y sus familiares; b) mantenerse al día en los avances y el ejercicio psiquiátrico y su implantación en la práctica; c) observancia estricta de principios éticos en la prestación de la asistencia y en la organización de los servicios; d) colaboración con otros especialistas médicos y trabajadoras sociales y también con otros profesionales que participan en el tratamiento de las personas con trastornos mentales.

### **Agradecimientos**

Los autores quisieran agradecer a la Srta. M. Marekwica, a la Srta. K. Samjeske y a la Srta. P. Schlamann por sus contribuciones al documento y por su asistencia útil.

### **Bibliografía**

1. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008;7:129-30.
2. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2009;8:65-6.
3. Stuart H. Fighting the stigma caused by mental disorders: past 138 *World Psychiatry* 9:3 - October 2010 perspectives, present activities, and future directions. *World Psychiatry* 2008;7:185-8.
4. Angermeyer MC. Public image of psychiatry. Results of a representative poll in the new federal states of Germany. *Psychiatrische Praxis* 2000;27:327-9.
5. Gibson R. The psychiatric hospital and reduction of stigma. In: Fink PJ, Tasman A (eds). *Stigma and mental illness*. Washington: American Psychiatric Press, 1992:185-8.
6. Redlich FC. What the citizen knows about psychiatry. *Ment Hyg* 1950;34:64-79.
7. Weinstein RM. Attitudes toward psychiatric treatment among hospitalized patients: a review of quantitative research. *Soc Sci Med* 1981;15:301-14.

8. Borinstein AB. Public attitudes toward persons with mental illness. *Health Affairs* 1992;11:186-96.
9. Arens DA. What do the neighbors think now? Community residences on Long Island in New York. *Commun Ment Health J* 1993;29:235-45.
10. Dear M. Understanding and overcoming the NIMBY syndrome. *Journal of the American Planning Association* 1992;58:288-300.
11. Lauber C, Nordt C, Haker H et al. Community psychiatry: results of a public opinion survey. *Int J Soc Psychiatry* 2006;52:234-42.
12. Takahashi LM. Information and attitudes toward mental health care facilities: implications for addressing the NIMBY syndrome. *Journal of Planning Education and Research* 1997;17:119-30.
13. Kobau R, Dilorio C, Chapman D et al. Attitudes about mental illness and its treatment: validation of a generic scale for public health surveillance of mental illness associated stigma. *Commun Ment Health J* 2010;46:164-76.
14. Flaskerud JH, Kviz FJ. Rural attitudes toward and knowledge of mental illness and treatment resources. *Hosp Commun Psychiatry* 1983;34:229-33.
15. Yang LH, Phelan JC, Link BG. Stigma and beliefs of efficacy towards traditional Chinese medicine and Western psychiatric treatment among Chinese-Americans. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology* 2008;14:10-8.
16. Hamre P, Dahl AA, Malt UF. Public attitudes to the quality of psychiatric treatment, psychiatric patients, and prevalence of mental disorders. *Nordic Journal of Psychiatry* 1994;48:275-81.
17. Schnittker J. Misgivings of medicine?: African Americans' skepticism of psychiatric medication. *J Health Soc Behav* 2003;44:506-24.
18. Thornicroft G, Rose D, Mehta N. Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? *Advances in Psychiatric Treatment* 2010;16:53-9.
19. Britten N. Psychiatry, stigma, and resistance. Psychiatrists need to concentrate on understanding, not simply compliance. *BMJ* 1998;317:963-4.
20. Lauber C, Nordt C, Falcato L et al. Lay recommendations on how to treat mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:553-6.
21. De Toledo Piza Peluso È, Luis Blay S. Public beliefs about the treatment of schizophrenia and depression in Brazil. *Int J Soc Psychiatry* 2009;55:16-27.
22. Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Mental health literacy as a function of remoteness of residence: an Australian national study. *BMC Public Health* 2009;9:1-20.
23. Angermeyer MC, Breier P, Dietrich S et al. Public attitudes toward psychiatric treatment. An international comparison. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:855-64.
24. Angermeyer MC, Matschinger H. Public attitude towards psychiatric treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:326-36.
25. Angermeyer MC, Matschinger H, Riedel-Heller SG. Whom to ask for help in case of a mental disorder? Preferences of the lay public. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34:202-10.
26. Noble LM, Douglas BC, Newman SP. What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies. *Soc Sci Med* 2001;52:985-98.
27. Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H. Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: a trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. *Eur Psychiatry* 2009;24:225-32.
28. Dahlberg KM, Waern M, Runeson B. Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample – investigating the role of personal experience of mental health care. *BMC Public Health*, 2008;8:1-10.
29. Lasoski MC. Attitudes of the elderly toward mental health treatment strategies. *Dissertation Abstracts International* 1984;44:2248b.
30. Hugo CJ, Boshoff DEL, Traut A et al. Community attitudes toward and knowledge of mental illness in South Africa. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:715-9.
31. Ozmen E, Ogel K, Aker T et al. Public opinions and beliefs about the treatment of depression in urban Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:869-76.
32. Lazaratou H, Anagnostopoulos DC, Alevizos EV et al. Parental attitudes and opinions on the use of psychotropic medication in mental disorders of childhood. *Ann Gen Psychiatry* 2007;6:1-7.
33. Zoellner LA, Feeny NC, Cochran B et al. Treatment choice for PTSD. *Behav Res Ther* 2003;41:879-86.
34. Stones CR. Attitudes toward psychology, psychiatry and mental illness in the Central Eastern Cape of South Africa. *South Afr J Psychol* 1996;26:221-5.
35. Wagner AW, Bystritsky A, Russo JE et al. Beliefs about psychotropic medication and psychotherapy among primary care patients with anxiety disorders. *Depress Anxiety* 2005;21:99-105.
36. Givens JL, Katz IR, Bellamy S et al. Stigma and the acceptability of depression treatments among African Americans and Whites. *J Gen Intern Med* 2007;22:1292-7.
37. Ineland L, Jacobsson L, Renberg ES et al. Attitudes towards mental disorders and psychiatric treatment – changes over time in a Swedish population. *Nordic Journal of Psychiatry* 2008;62:192-7.
38. Jorm AF. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry* 2000;177:396-401.
39. Benkert O, Graf-Morgenstern M, Hillert A et al. Public opinion on psychotropic drugs: an analysis of the factors influencing acceptance or rejection. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:151-8.
40. De Las Cuevas C, Sanz EJ. Attitudes toward psychiatric drug treatment: the experience of being treated. *Eur J Clin Pharmacol* 2007;63:1063-7.
41. Croghan TW, Tomlin M, Pescosolido BA et al. American attitudes toward and willingness to use psychiatric medications. *J Nerv Ment Dis* 2003;191:166-74.
42. Hegerl U, Althaus D, Stefanek J. Public attitudes towards treatment of depression: effects of an information campaign. *Pharmacopsychiatry* 2003;36:288-91.
43. Kessing LV, Hansen HV, Demyttenaere K et al. Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. *Psychol Med* 2005;35:1205-13.
44. Angermeyer MC, Held T, Görtler D. Pro and contra: psychotherapy and psychopharmacotherapy attitude of the public. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1993;43:286-92.
45. Pescosolido BA, Perry BL, Martin JK et al. Stigmatizing attitudes and beliefs about treatment and psychiatric medications for children with mental illness. *Psychiatr Serv* 2007;58:613-8.
46. Angermeyer MC, Matschinger H. Have there been any changes in the public's attitudes towards psychiatric treatment? Results from representative population surveys in Germany in the years 1990 and 2001. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:68-73.
47. Akighir A. Traditional and modern psychiatry: a survey of opinions and beliefs amongst people in plateau state, Nigeria. *Int J Soc Psychiatry* 1982;28:203-9.
48. Alem A, Jacobsson L, Hanlon C. Community-based mental health care in Africa: mental health workers' views. *World Psychiatry* 2008;7:54-7.

49. Balon R, Gregory R, Franchini MD et al. Medical students' attitudes and views of psychiatry: 15 years later. *Acad Psychiatry* 1999;23:30-6.
50. Caldera T, Kullgren G. Attitudes to psychiatry among Swedish and Nicaraguan medical students: a cross-cultural study. *Nordic Journal of Psychiatry* 1994;48:271-4.
51. Bulbena A, Pailhez G, Coll J et al. Changes in the attitudes towards psychiatry among Spanish medical students during training in psychiatry. *Eur J Psychiatry* 2005;19:79-87.
52. Creed F, Goldberg D. Students' attitudes towards psychiatry. *Med Educ* 2009;21:227-34.
53. Lau AY, Offord DR. A study of student attitudes toward a psychiatric clerkship. *J Ass Am Med Coll* 1976;51:919-28.
54. Maxmen JS. Student attitude changes during "psychiatric medicine" clerkships. *Gen Hosp Psychiatry* 1979;1:98-103.
55. McParland M, Noble LM, Livingston G et al. The effect of a psychiatric attachment on students' attitudes to and intention to pursue psychiatry as a career. *Med Educ* 2003;37:447-54.
56. McParland M, Noble LM, Livingston G. The effectiveness of problem-based learning compared to traditional teaching in undergraduate psychology. *Med Educ* 2004;38:859-67.
57. Balon R. Does a clerkship in psychiatry affect medical students' attitudes toward psychiatry? *Acad Psychiatry* 2008;32:73-5.
58. Brook P, Ingleby D, Wakeford R. Students' attitudes to psychiatry: a study of first- and final-year clinical students' attitudes in six medical schools. *J Psychiatr Educ* 1986;10:151-69.
59. Shelley RK, Webb MG. Does clinical clerkship alter students' attitudes to a career choice of psychiatry? *Med Educ* 1986;20:330-4.
60. Augoustinos M, Schrader G, Chynoweth R et al. Medical students' attitudes towards psychiatry: a conceptual shift. *Psychol Med* 1985;15:671-8.
61. Burch EA, Smeltzer DJ, Chestnut EC. Tutorial teaching of psychiatry – effects on test-scores, attitudes, and career choices of medical students. *J Psychiatr Educ* 1984;8:127-35.
62. Chung MC, Prasher VP. Differences in attitudes among medical students towards psychiatry in one English university. *Psychol Rep* 1995;77:843-7.
63. Das MP, Chandrasena RD. Medical students' attitude towards psychiatry. *Can J Psychiatry* 1988;33:783-7.
64. Holm-Petersen C, Vinge S, Hansen J et al. The impact of contact with psychiatry on senior medical students' attitudes toward psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* 2007;33:308-11.
65. Moos RH, Yalom ID. Medical students' attitudes toward psychiatry and psychiatrists. *Ment Hyg* 1966;50:246-56.
66. Oldham JM, Sacks MH, Nininger JE et al. Medical students' learning as primary therapists or as participant/observers in a psychiatric clerkship. *Am J Psychiatry* 1983;140:1615-8.
67. Singh SP, Baxter H, Standen P et al. Changing the attitudes of 'tomorrow's doctors' towards mental illness and psychiatry: a comparison of two teaching methods. *Med Educ* 1998;32:115-20.
68. Sloan D, Browne S, Meagher D et al. Attitudes toward psychiatry among Irish final year medical students. *Eur Psychiatry* 1996;11:407-11.
69. Wilkinson DG, Greer S, Toone BK. Medical students' attitudes to psychiatry. *Psychol Med* 1983;13:185-92.
70. Wilkinson DG, Toone BK, Greer S. Medical students' attitudes to psychiatry at the end of the clinical curriculum. *Psychol Med* 1983;13:655-8.
71. Reddy JP, Tan SM, Azmi MT et al. The effect of a clinical posting in psychiatry on the attitudes of medical students towards psychiatry and mental illness in a Malaysian medical school. *Ann Acad Med Singapore* 2005;34:505-10.
72. Baxter H, Singh SP, Standen P et al. The attitudes of 'tomorrow's doctors' towards mental illness and psychiatry: changes during the final undergraduate year. *Med Educ* 2001;35:381-3.
73. Burra P, Kalin R, Leichner P et al. The ATP 30 – a scale for measuring medical students' attitudes to psychiatry. *Med Educ* 1982;16:31-8.
74. Sivakumar K, Wilkinson G, Toone BK et al. Attitudes to psychiatry in doctors at the end of their first post-graduate year: two-year follow-up of a cohort of medical students. *Psychol Med* 1986;16:457-60.
75. Araya RI, Jadresic E, Wilkinson G. Medical students' attitudes to psychiatry in Chile. *Med Educ* 1992;26:153-6.
76. Agbayewa MO, Leichner PP. Effects of a psychiatric rotation on psychiatric knowledge and attitudes towards psychiatry in rotating interns. *Can J Psychiatry* 1985;30:602-4.
77. Fischel T, Manna H, Krivoy A et al. Does a clerkship in psychiatry contribute to changing medical students' attitudes towards psychiatry? *Acad Psychiatry* 2008;32:147-50.
78. Galletly CA, Schrader GD, Chestemtan HM et al. Medical student attitudes to psychiatry: lack of effect of psychiatric hospital experience. *Med Educ* 1995;29:449-51.
79. Guttmann F, Rosca-Rebaudengo P, Davis H. Changes in attitudes of medical students towards psychiatry: an evaluation of a clerkship in psychiatry. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1996;33:158-66.
80. Kuhnigk O, Strebel B, Schilauske J et al. Attitudes of medical students towards psychiatry: effects of training, courses in psychiatry, psychiatric experience and gender. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2007;12:87-101.
81. Muga F, Hagali M. What do final year medical students at the University of Papua New Guinea think of psychiatry. *PNG Med J* 2006;49:126-36.
82. Tharyan P, John T, Tharyan A et al. Attitudes of 'tomorrow's doctors' towards psychiatry and mental illness. *National Medical Journal of India* 2001;14:355-9.
83. Bobo WV, Nevin R, Greene E et al. The effect of psychiatric thirdyear rotation setting on academic performance, student attitudes, and specialty choice. *Acad Psychiatry* 2009;33:105-11.
84. Alexander DA, Eagles JM. Changes in attitudes towards psychiatry among medical students: correlation of attitude shift with academic performance. *Med Educ* 1990;24:452-60.
85. Maidment R, Livingston G, Katona C et al. Change in attitudes to psychiatry and intention to pursue psychiatry as a career in newly qualified doctors: a follow-up of two cohorts of medical students. *Med Teach* 2004;26:565-9.
86. Ndeti DM, Khasakhala L, Ongecha-Owuor F et al. Attitudes toward psychiatry: a survey of medical students at the University of Nairobi, Kenya. *Acad Psychiatry* 2008;32:154-9.
87. Niaz U, Hassan S, Hussain H et al. Attitudes towards psychiatry in pre-clinical and post-clinical clerkships in different medical colleges of Karachi. *Pak J Med Sci* 2003;19:253-63.
88. Niedermier JA, Bornstein R, Brandemihl A. The junior medical student psychiatry clerkship: curriculum, attitudes, and test performance. *Acad Psychiatry* 2006;30:136-43.
89. Rao NR, Meinzer AE, Manley M et al. International medical students' career choice, attitudes toward psychiatry, and emigration to the United States: examples from India and Zimbabwe. *Acad Psychiatry* 1998;22:117-26.
90. O'Flaherty AF. Students' attitudes to psychiatry. *Irish Med J* 1977;70:162-3.

91. Soufi HE, Raouf AM. Attitude of medical students towards psychiatry. *Med Educ* 1991;26:38-41.
92. Abramowitz MZ, Bentov-Gofrit D. The attitudes of Israeli medical students toward residency in psychiatry. *Acad Psychiatry* 2005;29:92-5.
93. Berman I, Merson A, Berman SM et al. Psychiatrists' attitudes toward psychiatry. *Acad Med* 1996;71:110-1.
94. Buchanan A, Bhugra D. Attitude of the medical profession to psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:1-5.
95. Compton MT, Frank E, Elon L et al. Changes in U.S. medical students' specialty interests over the course of medical school. *J Gen Intern Med* 2008;23:1095-100.
96. Eagle PF, Marcos LR. Factors in medical students' choice of psychiatry. *Am J Psychiatry* 1980;137:423-7.
97. Furnham AF. Medical students' beliefs about nine different specialties. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986;293:1607-10.
98. Gat I, Abramowitz MZ, Bentov-Gofrit D et al. Changes in the attitudes of Israeli students at the Hebrew University Medical School toward residency in psychiatry: a cohort study. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2007;44:194-203.
99. Koh KB. Medical students' attitudes toward psychiatry in a Korean medical college. *Yonsei Medical Journal* 1990;31:60-4.
100. Laugharne R, Appiah-Poku J, Laugharne J et al. Attitudes toward psychiatry among final-year medical students in Kumasi, Ghana. *Acad Psychiatry* 2009;33:71-5.
101. Malhi GS, Parker GB, Parker K et al. Shrinking away from psychiatry? A survey of Australian medical students' interest in psychiatry. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2002;36:416-23.
102. Monro AB. The status of psychiatry in the National Health Service. *Am J Psychiatry* 1969;125:1223-6.
103. Neff JA, McFall SL, Cleaveland TD. Psychiatry and medicine in the US: interpreting trends in medical specialty choice. *Social Health Illn* 1987;9:45-61.
104. Pailhez G, Bulbena A, Coll J et al. Attitudes and views on psychiatry: a comparison between Spanish and U.S. medical students. *Acad Psychiatry* 2005;29:82-91.
105. Rosoff SM, Leone MC. The public prestige of medical specialties: overviews and undercurrents. *Soc Sci Med* 1991;32:321-6.
106. Singer P, Dornbush RL, Brownstein EJ et al. Undergraduate psychiatric education and attitudes of medical students towards psychiatry. *Compr Psychiatry* 1986;27:14-20.
107. von Sydow K. Das Image von Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiatern in der Öffentlichkeit. *Psychotherapeut* 2007;52:322-33.
108. Yager J, Lamotte K, Nielsen A III et al. Medical students' evaluation of psychiatry: a cross-country comparison. *Am J Psychiatry* 1982;139:1003-9.
109. Wigney T, Parker G. Factors encouraging medical students to a career in psychiatry: qualitative analysis. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2008;42:520-5.
110. Lee EK, Kaltreider N, Crouch J. Pilot study of current factors influencing the choice of psychiatry as a specialty. *Am J Psychiatry* 1995;152:1066-9.
111. Creed F, Goldberg D. Doctors' interest in psychiatry as a career. *Med Educ* 1987;21:235-43.
112. Holmes D, Tmuuliel-Berhalter LM, Zayas LE et al. "Bashing" of medical specialties: student's experiences and recommendation. *Fam Med* 2008;40:400-6.
113. Ghadirian AM, Engelsmann F. Medical students' interest in and attitudes toward psychiatry. *J Med Educ* 1981;56:361-2.
114. Samuel-Lajeunesse B, Ichou P. French medical students' opinion of psychiatry. *Am J Psychiatry* 1985;142:1462-6.
115. Calvert SH, Sharpe M, Power M et al. Does undergraduate education have an effect on Edinburgh medical students' attitudes to psychiatry and psychiatric patients? *J Nerv Ment Dis* 1999;187:757-61.
116. Feifel D, Moutier CY, Swerdlow NR. Attitudes toward psychiatry as a prospective career among students entering medical school. *Am J Psychiatry* 1999;156:1397-402.
117. Malhi GS, Parker GB, Parker K et al. Attitudes toward psychiatry among students entering medical school. *Acta Psychiatr Scand* 2003;107:424-9.
118. Maidment R, Livingston G, Katona M et al. Carry on shrinking: Career intentions and attitudes to psychiatry of prospective medical students. *Psychiatr Bull* 2003;27:30-2.
119. Yellowlees P, Vizard T, Eden J. Australian medical students' attitudes towards specialties and specialists. *Med J Australia* 1990;152:587-8, 591-2.
120. Cutler JL, Harding KJ, Mozian SA et al. Discrediting the notion "working with 'crazies' will make you 'crazy'": addressing stigma and enhancing empathy in medical student education. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2009;14:487-502.
121. Cutler JL, Alspector SL, Harding KJ et al. Medical students' perceptions of psychiatry as a career choice. *Acad Psychiatry* 2006;30:144-9.
122. Garfinkel PE, Dorian BJ. Psychiatry in the new millennium. *Can J Psychiatry* 2000;45:40-7.
123. Martin VL, Bennett DS, Pitale M. Medical students' interest in child psychiatry: a clerkship intervention. *Acad Psychiatry* 2007;31:225-7.
124. Syed EU, Siddiqi MN, Dogar I et al. Attitudes of Pakistani medical students towards psychiatry as a prospective career: a survey. *Acad Psychiatry* 2008;32:160-4.
125. Byrne P. Challenging healthcare discrimination. *Advances in Psychiatric Treatment* 2010;16:60-2.
126. Stoudemire A. Quo vadis, psychiatry? Problems and potential for the future of medical student education in psychiatry. *Psychosomatics* 2000;41:204-9.
127. Wigney T, Parker G. Medical student observations on a career in psychiatry. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2007;41:726-31.
128. Arboleda-Flórez J. Considerations on the stigma of mental illness. *Can J Psychiatry* 2003;48:645-50.
129. Arboleda-Flórez J. Mental illness and human rights. *Curr Opin Psychiatry* 2008;21:479-84.
130. Strebler B, Obladen M, Lehmann E et al. Attitude of medical students to psychiatry. A study with the German translated, expanded version of the ATP-30. *Nervenarzt* 2000;71:205-12.
131. Akinyinka OO, Ohaeri JU, Asuzu MC. Beliefs and attitudes of clinical year students concerning medical specialties: an Ibadan medical school study. *Afr J Med Sci* 1992;21:89-99.
132. Al-Adawi S, Dorvlo AS, Bhaya C et al. Withering before the sowing? A survey of Oman's 'tomorrow's doctors' interest in Psychiatry. *Educ Health (Abingdon)* 2008;21:117.
133. Brockington I, Mumford D. Recruitment into psychiatry. *Br J Psychiatry* 2002;180:307-12.
134. Herran A, Carrera M, Andres A et al. Attitudes toward psychiatry among medical students – factors associated to selection of psychiatry as a career. *Eur Neuropsychopharmacol* 2006;16:563.
135. Maric' NP, Stojiljkovic' DJ, Milekic' B et al. How medical students in their pre-clinical year perceive psychiatry as a career: the study from Belgrade. *Psychiatr Danub* 2009;21:206-12.

136. Lambert TW, Turner G, Fazel S et al. Reasons why some UK medical graduates who initially choose psychiatry do not pursue it as a long-term career. *Psychol Med* 2006;36:679-84.
137. West ND, Walsh MA. Psychiatry's image today: results of an attitudinal survey. *Am J Psychiatry* 1975;132:1318-9.
138. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003;160:4-12.
139. van Os J. 'Salience syndrome' replaces 'schizophrenia' in DSM-V and ICD-11: psychiatry's evidence-based entry into the 21st century? *Acta Psychiatr Scand* 2009;120:363-72.
140. Summerfield D. Depression: epidemic or pseudo-epidemic? *Roy Soc Med* 2006;99:161-2.
141. Alarcon RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry* 2009;8:131-9.
142. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry* 2010;9:21-8.
143. Nielsen AC III, Eaton JS Jr. Medical students' attitudes about psychiatry. Implications for psychiatric recruitment. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:1144-54.
144. Angermeyer MC, Matschinger H, Sandmann J et al. Die Einstellung von Medizinstudenten zur Behandlung mit Psychopharmaka., Teil 1: Vergleich zwischen Medizinstudenten und Allgemeinbevölkerung. *Psychiatr Prax* 1994;21:58-63.
145. Hillert A, Sandmann J, Angermeyer MC et al. Attitude of medical students to treatment with psychotropic drugs. 2: Change in attitude in the course of medical education. *Psychiatr Prax* 1994;21:64-9.
146. Linden M, Becker S. Attitudes and beliefs of medical and psychology students with regard to treatment with psychotropic drugs. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1984;52:362-9.
147. Strebel B, Kuhnigk O, Jüptner M et al. Attitudes of medical students toward psychotherapy as a function of the academic semester, gender and prior experience with psychiatry and psychotherapy. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2003;54:184.
148. Walter G, McDonald A, Rey JM et al. Medical student knowledge and attitudes regarding ECT prior to and after viewing ECT scenes from movies. *J ECT* 2002;18:43-6.
149. Clothier JL, Freeman T, Snow L. Medical student attitudes and knowledge about ECT. *J ECT* 2001;17:99-101.
150. Gazdag G, Kocsis-Ficzere N, Tolna J. Hungarian medical students' knowledge about and attitudes toward electroconvulsive therapy. *J ECT* 2005;21:96-9.
151. James BO, Omoaregba JO, Olotu OS. Nigerian medical students attitudes to unmodified electroconvulsive therapy. *J ECT* 2009;25:186-9.
152. Abbas M, Mashrai N, Mohanna M. Knowledge of and attitudes toward electroconvulsive therapy of medical students in the United Kingdom, Egypt, and Iraq: a transcultural perspective. *J ECT* 2007;23:260-4.
153. Gazdag G, Sebestyén G, Ungvari GS et al. Impact on psychiatric interns of watching live electroconvulsive treatment. *Acad Psychiatry* 2009;33:152-6.
154. Kinnair D, Dawson S, Perera R. Electroconvulsive therapy: medical students' attitudes and knowledge. *The Psychiatrist* 2010;34:54-7.
155. Link B, Levav I, Cohen A. The primary medical care practitioner's attitudes toward psychiatry. An Israeli study. *Soc Sci Med* 1982;16:1413-20.
156. Meise U, Günther V. Einstellungen von Ärzten zur Psychiatrie. *Neuropsychiatrie* 1995;Bd.9:157-62.
157. Pro JD, Fortin D. Physicians and psychiatry: physicians' attitudes toward psychiatry. *J Kans Med Soc* 1973;74:367-8.
158. Blumberg P, Flaherty JA. Faculty perceptions of their own speciality. *J Med Educ* 1982;57:338-9.
159. Rettenbacher MA, Burns T, Kemmler G et al. Schizophrenia: attitudes of patients and professional carers towards the illness and antipsychotic medication. *Pharmacopsychiatry* 2004;37:103-9.
160. Spiebl H, Riederer C, Fichtner KH. Attitudes towards psychiatry – Changing attitudes by working on psychiatric wards. *Krankenhauspsychiatrie* 2005;16:13-7.
161. Toomey LC, Reznikoff M, Brady JP et al. Attitudes of nursing students toward psychiatric treatment and hospitals. *Ment Hyg* 1961;45:589-602.
162. Harding AV. Nurses' attitudes to psychiatric treatment. *Australasian Nurses Journal* 1980;9:28-30.
163. Clarke L. The effects of training and social orientation on attitudes towards psychiatric treatments. *J Adv Nurs* 1989;14:485-93.
164. Bergman S. Nursing attitudes to psychiatry and geriatrics as preferred work areas with deviant groups. *Isr Ann Psychiatry Rel Disc* 1974;12:156-60.
165. Reznikoff M. Attitudes of psychiatric nurses and aides toward psychiatric treatment and hospitals. *Ment Hyg* 1963;47:360-4.
166. Wood JH, Chambers M, White SJ. Nurses' knowledge of and attitude to electroconvulsive therapy. *J ECT* 2007;23:251-4.
167. Einat H, George A. Positive attitude change toward psychiatry in pharmacy students following an active learning psychopharmacology course. *Acad Psychiatry* 2008;32:515-7.
168. Patel MX, De Zoysa N, Baker D et al. Antipsychotic depot medication and attitudes of community psychiatric nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005;12:237-44.
169. Patel MX, Yeung FK, Haddad PM et al. Psychiatric nurses' attitudes to antipsychotic depots in Hong Kong and comparison with London. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008;15:758-66.
170. Mbatia J, Shah A, Jenkins R. Knowledge, attitudes and practice pertaining to depression among primary health care workers in Tanzania. *Int J Ment Health Syst* 2009;3:5.
171. Bentley KJ, Farmer RL, Phillips ME. Student knowledge of and attitudes toward psychotropic drugs. *Journal of Social Work Education* 1991;27:279-89.
172. Berg WE, Wallace M. Effect of treatment setting on social workers' knowledge of psychotropic drugs. *Health Soc Work* 1987;12:144-52.
173. Moses T, Kirk SA. Social workers' attitudes about psychotropic drug treatment with youths. *Soc Work* 2006;51:211-22.
174. Gass JP. The knowledge and attitudes of mental health nurses to electroconvulsive therapy. *J Adv Nurs* 1998;27:83-90.
175. Bowers L, Alexander J, Simpson A et al. Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. *Nurse Educ Today* 2004;24:435-42.
176. Waggoner RW, Waggoner RW Jr. Psychiatry's image, issues, and responsibility. *Psychiatric Hospital* 1983;14:34-8.
177. Ben-Noun L. Characterization of patients refusing professional psychiatric treatment in a primary care clinic. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1996;33:167-74.
178. Richardson LA. Seeking and obtaining mental health services: what do parents expect? *Arch Psychiatr Nurs* 2001;15:223-31.
179. Thorens G, Gex-Fabry M, Zullino DF et al. Attitudes toward psychopharmacology among hospitalized patients from diverse ethno-cultural backgrounds. *BMC Psychiatry* 2008;8:55.

180. Balch P, Ireland JF, McWilliams SA et al. Client evaluation of community mental health services: relation to demographic and treatment variables. *Am J Commun Psychol* 1977;5:243-7.
181. Leaf PJ, Bruce ML, Tischler GL et al. The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. *J Commun Psychol* 1987;15:275-84.
182. Skuse DH. Attitudes to the psychiatric outpatient clinic. *BMJ* 1975;3:469-71.
183. Chakraborty K, Avasthi A, Kumar S et al. Attitudes and beliefs of patients of first episode depression towards antidepressants and their adherence to treatment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:482-8.
184. Givens JL, Datto CJ, Ruckdeschel K et al. Older patients' aversion to antidepressants. A qualitative study. *J Gen Intern Med* 2006;21:146-51.
185. Kessing LV, Hansen HV, Bech P. Attitudes and beliefs among patients treated with mood stabilizers. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2006;2:8.
186. Williams RA, Hollis HM, Benott K. Attitudes toward psychiatric medications among incarcerated female adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:1301-7.
187. McIntyre K, Farrell M, David A. In-patient psychiatric care: the patient's view. *Br J Med Psychol* 1989;62:249-55.
188. Stevens J, Wang W, Fan L et al. Parental attitudes toward children's use of antidepressants and psychotherapy. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2009;19:289-96.
189. Blenkiron P. Referral to a psychiatric clinic: what do patients expect? *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 1998;11:188-92.
190. Ingham J. The public image of psychiatry. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1985;20:107-8.
191. Baumann M, Bonnetain F, Briancon S et al. Quality of life and attitudes towards psychotropics and dependency: consumers vs. non-consumers aged 50 and over. *J Clin Pharm Ther* 2004;29:405-15.
192. Holzinger A, Löffler W, Matschinger H et al. Attitudes towards psychotropic drugs: schizophrenic patients vs. general public. *Psychopharmakotherapie* 2001;8:76-80.
193. van Dongen CJ. Is the treatment worse than the cure? Attitudes toward medications among persons with severe mental illness. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1997;35:21-5.
194. Wacker HR. Attitude of ambulatory psychiatric patients to psychopharmacologic treatment. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1991;142:77-88.
195. Irani F, Dankert M, Siegel SJ. Patient and family attitudes toward schizophrenia treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2004;6:283-8.
196. La Roche C, Ernst K. The attitude of 200 hospitalized psychiatric patients and their doctors toward treatment. *Arch Psychiatr Nervenkr* 1975;220:107-16.
197. Adams NH, Hafner RJ. Attitudes of psychiatric patients and their relatives to involuntary treatment. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1991;25:231-7.
198. Mezey AG, Syed IA. Psychiatric illness and attitudes to psychiatry among general hospital outpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1975;10:133-8.
199. Gynther MD, Reznikoff M, Fishman M. Attitudes of psychiatric patients toward treatment, psychiatrists and mental hospitals. *J Nerv Ment Dis* 1963;136:68-71.
200. Yoash-Gantz RE, Gantz FE. Patient attitudes toward partial hospitalization and subsequent treatment outcome. *Int J Partial Hosp* 1987;4:145-55.
201. Isacson D, Bingefors K. Attitudes towards drugs – a survey in the general population. *Pharm World Sci* 2002;24:104-10.
202. Arshad M, Arham AZ, Arif M et al. Awareness and perceptions of electroconvulsive therapy among psychiatric patients: a cross-sectional survey from teaching hospitals in Karachi, Pakistan. *BMC Psychiatry* 2007;7:27.
203. Salize HJ, Dressing H. Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link? *Curr Opin Psychiatry* 2005;18:576-84.
204. Hillard JR, Folger R. Patients' attitudes and attributions to electroconvulsive shock therapy. *J Clin Psychol* 1977;33:855-61.
205. Spencer J. Psychiatry and convulsant therapy. *Med J Australia* 1977;1:844-7.
206. Goodman JA, Krahn LE, Smith GE et al. Patient satisfaction with electroconvulsive therapy. *Mayo Clin Proc* 1999;74:967-71.
207. Pettinati HM, Tamburello TA, Ruetsch CR et al. Patient attitudes toward electroconvulsive therapy. *Psychopharmacol Bull* 1994;30:471-5.
208. Kerr RA, McGrath JJ, O'Kearney RT et al. ECT: misconceptions and attitudes. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1982;16:43-9.
209. Lauber C, Rössler W. Involuntary admission and the attitude of the general population, and mental health professionals. *Psychiatr Prax* 2007;34:181-5.
210. Kaltiala-Heino R. Involuntary psychiatric treatment: a range of patients' attitudes. *Nordic Journal of Psychiatry* 1996;50:27-34.
211. Lauber C, Falcato L, Rössler W. Attitudes to compulsory admission in psychiatry. *Lancet* 2000;355:2080.
212. Kane JM, Quitkin F, Rifkin A et al. Attitudinal changes of involuntarily committed patients following treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:374-7.
213. Lauber C, Nordt C, Falcato L et al. Public attitude to compulsory admission of mentally ill people. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:385-9.
214. Lucksted A, Coursey RD. Consumer perceptions of pressure and force in psychiatric treatments. *Psychiatr Serv* 1995;46:146-52.
215. Morgan SL. Determinants of family treatment choice and satisfaction in psychiatric emergencies. *Am J Orthopsychiatry* 1990;60:96-107.
216. Schwartz HI, Vingiano W, Perez CB. Autonomy and the right to refuse treatment: patients' attitudes after involuntary medication. *Hosp Commun Psychiatry* 1988;39:1049-54.
217. Virit O, Ayar D, Savas HA et al. Patients' and their relatives' attitudes toward electroconvulsive therapy in bipolar disorder. *J ECT* 2007;23:255-9.
218. Pugh RL, Ackerman BJ, McColgan EB et al. Attitudes of adolescents toward adolescent psychiatric treatment. *Journal of Child and Family Studies* 1994;3:351-63.
219. Sharf BF. Send in the clowns: the image of psychiatry during the Hinckley trial. *Journal of Communication* 1986;36:80-93.
220. Rottleb U, Steinberg H, Angermeyer MC. The image of psychiatry in the "Leipziger Volkszeitung" – historical longitudinal study. *Psychiatr Prax* 2007;34:269-75.
221. Maio G. Zum Bild der Psychiatrie im Film und dessen ethische Implikationen. In: Gaebel W, Möller H-J, Rössler W (eds). *Stigma - Diskriminierung - Bewältigung, Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*. Stuttgart: Kohlhammer, 2005:99-121.
222. Steger F. From the person to an isolated case: Frank Schmökel in the discourses of power and stigmatization. *Psychiatr Prax* 2003;30:389-94.
223. Pupato K. Psychiatrie in den Medien. In: Gaebel W, Möller H-J, Rössler W (eds). *Stigma - Diskriminierung - Bewältigung, Der*

- Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart: Kohlhammer, 2005:83-99.
224. Walter G. The psychiatrist in American cartoons, 1941-1990. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:167-72.
  225. McDonald A, Walter G. Hollywood and ECT. *Int Rev Psychiatry* 2009;21:200-6.
  226. Gabbard GO, Gabbard K. Cinematic stereotypes contributing to the stigmatization of psychiatrists. In: Fink PJ, Tasman A (eds). *Stigma and mental illness*. Washington: American Psychiatric Press, 1992:113-26.
  227. Gabbard GO, Gabbard K. *Psychiatry and the cinema*, 2nd ed. Washington: American Psychiatric Press, 1999.
  228. Butler JR, Hyler SE. Hollywood portrayals of child and adolescent mental health treatment: implications for clinical practice. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2005;14:509-22.
  229. Hillert A, Sandmann J, Ehmgig SC et al. Psychopharmacological drugs as represented in the press: results of a systematic analysis of newspapers and popular magazines. *Pharmacopsychiatry* 1996;29:67-71.
  230. Hoffmann-Richter U, Wick F, Alder B et al. Neuroleptics in the newspaper. A mass media analysis. *Psychiatr Prax* 1999;26:175-80.
  231. Hoffmann-Richter U, Alder B, Finzen A. Electroconvulsive therapy and defibrillation in the paper. An analysis of the media. *Nervenarzt* 1998;69:622-8.
  232. Hoffmann-Richter U. Psychiatry in print media. Information acquired through reading of the daily papers. *Psychiatr Prax* 2000;27:354-6.
  233. Cuenca O. Mass media and psychiatry. *Curr Opin Psychiatry* 2001;14:527-8.
  234. Williams A, Cheyne A, Macdonald S. The public's knowledge of psychiatrists: questionnaire survey. *Psychiatr Bull* 2001;25:429-32.
  235. Thumin FJ, Zebelman M. Psychology versus psychiatry: a study of public image. *Am Psychol* 1967;22:282-6.
  236. Laux G. Common attitudes toward the psychiatrist and psychotherapist. *Nervenarzt* 1977;48:331-4.
  237. Sharpley CE. Public perceptions of four mental health professions: a survey of knowledge and attitudes to psychologists, psychiatrists, social workers and counsellors. *Aust Psychol* 1986;21:57-67.
  238. Vassiliou G, Vassiliou V. On the public image of the psychiatrist, the psychologist and the social worker in Athens. *Int J Soc Psychiatry* 1967;13:224-8.
  239. Dichter H. The stigmatization of psychiatrists who work with chronically mentally ill persons. In: Fink PJ, Tasman A (eds). *Stigma and mental illness*. Washington: American Psychiatric Press, 1992:203-15.
  240. Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C Et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French Survey. *BMC Public Health* 2007;7:188.
  241. Jorm AF, Blewitt KA, Griffiths KM et al. Mental health first aid responses of the public: results from an Australian national survey. *BMC Psychiatry* 2005;5:9.
  242. Perry BL, Pescosolido BA, Martin JK et al. Comparison of public attributions, attitudes, and stigma in regard to depression among children and adults. *Psychiatr Serv* 2007;58:632-5.
  243. Bayer JK, Peay MY. Predicting intentions to seek help from professional mental health services. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1997;31:504-13.
  244. Fink PJ, Tasman A. Stigma and mental illness. The enigma of stigma and its relation to psychiatric education. *Psychiatr Ann* 1983;13:669-90.
  245. Kourany RFC, LaBarbera JD, Martin JE. The image of the mental health professional. *J Clin Psychiatry* 1980;41:399.
  246. Slater D, Hans VP. Public opinion of forensic psychiatry following the Hinckley verdict. *Am J Psychiatry* 1984;141:675-9.
  247. Hans VP, Slater D. John Hinckley, Jr. and the insanity defense: the public's verdict. *Public Opinion Quarterly* 1983;47:202-12.
  248. Farrell JL, Tisza SM. Forensic ethics – Suspension and other sanctions imposed on an Arizona state prosecutor who showed disrespect for and prejudice against mental health experts during trial. *J Am Acad Psychiatry Law* 2005;33:405-6.
  249. Benedek EP, Selzer ML. Lawyers' use of psychiatry: II. *Am J Psychiatry* 1977;134:435-6.
  250. Hiday VA. Are lawyers enemies of psychiatrists? A survey of civil commitment counsel and judges. *Am J Psychiatry* 1983;140:323-6.
  251. Walter G. The stereotype of the mad psychiatrist. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1989;23:547-54.
  252. von Sydow K, Reimer C. Attitudes toward psychotherapists, psychologists, psychiatrists, and psychoanalysts. *Am J Psychother* 1998;52:463-88.
  253. Bruhn JG, Parsons O. A. Medical students attitudes towards four medical specialties. *J Med Educ* 1964;39:40-9.
  254. Streit-Forest U, Laplante N. Probing further into the freshman medical students' attitudes toward "patient", "doctor-patient relation" and "psychiatrist". *J Psychiatr Educ* 1983;7:113-25.
  255. Culshaw D, Clafferty R, Brown K. Let's get physical! A study of general practitioner's referral letters to general adult psychiatry – Are physical examination and investigation results included? *Scott Med J* 2008;53:7-8.
  256. Dewan MJ, Levy BF, Donnelly MP. A positive view of psychiatrists and psychiatry. *Compr Psychiatry* 1988;29:523-31.
  257. Cohen-Cole SA, Friedman CP. Attitudes of nonpsychiatric physicians toward psychiatric consultation. *Hosp Commun Psychiatry* 1982;33:1002-5.
  258. De-Nour AK. Attitudes of physicians in a general hospital towards psychiatric consultation service. *Ment Health Soc* 1979;5:215-23.
  259. Schubert DS, Billowitz A, Gabinet L et al. Effect of liaison psychiatry on attitudes toward psychiatry, rate of consultation, and psychosocial documentation. *Gen Hosp Psychiatry* 1989;11:77-87.
  260. Doron A, Ma'oz B, Fennig S et al. Attitude of general practitioners towards psychiatric consultation in primary care clinic. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2003;40:90-5.
  261. Barber R, Williams AS. Psychiatrists working in primary care: a survey of general practitioners attitude. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1996;30:278-86.
  262. Bhugra D. Professionalism and psychiatry: the profession speaks. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:327-9.
  263. Bryant SG, Guernsey BG, Pearce EL et al. Pharmacists' perceptions of mental health care, psychiatrists, and mentally ill patients. *Am J Hosp Pharm* 1985;42:1366-9.
  264. Kellett JM, Mezey AG. Attitudes to psychiatry in the general hospital. *BMJ* 1970;4:106-8.
  265. Koeske GF, Koeske RD, Mallinger J. Perceptions of professional competence: cross-disciplinary ratings of psychologists, social workers, and psychiatrists. *Am J Orthopsychiatry* 1993;63:45-54.
  266. Brink C. "Keine Angst vor Psychiatern". Psychiatry, critics of psychiatry and the public in the Federal Republic of Germany 1960-1980. *Med Gesch* 2006;26:341-60.
  267. Ryan CS, Robinson DR, Hausmann LR. Stereotyping among providers and consumers of public mental health services. The role of perceived group variability. *Ther Behav Modif* 2001;25:406-42.

268. Jungbauer J, Wittmund B, Angermeyer MC. Caregivers' views of the treating psychiatrists: coping resource or additional burden? *Psychiatr Prax* 2002;29:279-84.
269. Morgan G. Why people are often reluctant to see a psychiatrist. *Psychiatr Bull* 2006;30:346-7.
270. Strehlow U, Piesiur-Strehlow B. On the image of child psychiatry amongst the people and the parents concerned. *Acta Paedopsychiatrica* 1989;52:89-100.
271. Myers JM. The image of the psychiatrist. *Am J Psychiatry* 1964;121:323-8.
272. Redlich FC. The psychiatrist in caricature: an analysis of unconscious attitudes toward psychiatry. *Am J Orthopsychiatry* 1950;20:560-71.
273. Schneider I. The theory and practice of movie psychiatry. *Am J Psychiatry* 1987;144:996-1002.
274. Gharaibeh NM. The psychiatrist's image in commercially available American movies. *Acta Psychiatr Scand* 2005;114:316-9.
275. Kitchener BA, Jorm AF. Mental health first aid training in a workplace setting: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2004;15:23.
276. Wolff G, Pathare S, Craig T et al. Public education for community care. A new approach. *Br J Psychiatry* 1996;168:441-7.
277. Battaglia J, Coverdale JH, Bushong CP. Evaluation of a mental illness awareness week program in public schools. *Am J Psychiatry* 1990;147:324-9.
278. Stuart H. Media portrayal of mental illness and its treatments: what effect does it have on people with mental illness? *CNS Drugs* 2006;20:99-106.
279. Kutner L, Beresin EV. Media training for psychiatry residents. *Acad Psychiatry* 1999;23:227-32.
280. Coodin S, Chisholm F. Teaching in a new key: effects of a co-taught seminar on medical students' attitudes toward schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J* 2001;24:299-302.
281. Persaud R. Psychiatrists suffer from stigma, too. *Psychiatr Bull* 2000;24:284-5.
282. Stotland NL. Psychiatry, the law, and public affairs. *J Am Acad Psychiatry Law* 1998;26:281-7.
283. Lamontagne Y. The public image of psychiatrists. *Can J Psychiatry* 1990;35:693-5.
284. Felix RH. The image of the psychiatrist: past, present and future. *Am J Psychiatry* 1964;121:318-22.
285. Davidson HA. The image of the psychiatrist. *Am J Psychiatry* 1964;121:329-34.
286. Bhugra D. Psychiatric training in the UK: the next steps. *World Psychiatry* 2008;7:117-8.
287. Ajiboye PO. Consultation-liaison psychiatry: the past and the present. *Afr J Med Med Sci* 2007;36:201-5.
288. Kearney TR. The status and usefulness of the psychiatrist. *Dis Nerv Syst* 1961;22:6979.
289. Spiessl H, Cording C. Collaboration of the general practitioner and the psychiatrist with the psychiatric hospital. A literature review. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2000;68:206-15.
290. Gaebel W, Zäske H, Baumann AE et al. Evaluation of the German WPA "Program against stigma and discrimination because of schizophrenia - Open the doors": results from representative telephone surveys before and after three years of antistigma interventions. *Schizophr Res* 2008;98:184-93.
291. Sartorius N, Schulze H. Reducing the stigma of mental illness: a report from a Global Programme of the World Psychiatric Association. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.
292. Aichberger M, Sartorius N. Annotated bibliography of selected publications and other materials related to stigma and discrimination. An update for the years 2002 to 2006. Geneva: World Psychiatric Association Global Programme to Reduce the Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia, 2006.
293. Pickenhagen A, Sartorius N. Annotated bibliography of selected publications and other materials related to stigma and discrimination because of mental illness and intervention programmes fighting it. Geneva: World Psychiatric Association Global Programme to Reduce the Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia, 2002.

# La resistencia a la adversidad en condiciones de estrés extremo: una perspectiva multinivel

DANTE CICHETTI

*Institute of Child Development, University of Minnesota, 51 East River Road, Minneapolis, MN 55545, USA*

*La resistencia a la adversidad se ha conceptualizado como un proceso de desarrollo dinámico que comprende el logro de una adaptación positiva en el contexto de una amenaza, adversidad grave o traumatismo importante. Hasta el último decenio, el estudio empírico de la resistencia a la adversidad se enfocaba predominantemente en las correlaciones conductuales y psicosociales y en los factores que contribuían al fenómeno y no analizaban las correlaciones neurobiológicas o genéticas ni los factores que contribuían a la resistencia a la adversidad. Los avances tecnológicos en la genética molecular y en las neuroimágenes así como la medición de otros aspectos biológicos de la conducta, han vuelto más factible comenzar a realizar investigaciones en torno a las vías que conducen a un funcionamiento resistente desde una perspectiva multinivel. Los malos tratos del niño constituyen una inmersión profunda en el estrés grave que plantea un reto y a menudo altera el desarrollo en diversos dominios del funcionamiento biológico y psicológico. La investigación sobre los factores que determinan la resistencia a la adversidad en niños con malos tratos se presenta como un ejemplo del trabajo empírico que se está desplazando desde investigaciones univariadas a multinivel sobre el funcionamiento competente ante la adversidad y el traumatismo. Estos comprenden estudios de los factores de personalidad, neurales, neuroendocrinos y de genética molecular que contribuyen a la adaptación resistente. De una manera análoga a la plasticidad neural que tiene lugar en respuesta a la lesión cerebral, se conjetura que es posible conceptualizar la resistencia a la adversidad como la capacidad de los individuos para restablecer el funcionamiento después de la exposición a un estrés extremo. Los estudios de prevención e intervención aleatorizados y comparativos multinivel tienen el potencial considerable de facilitar la promoción del funcionamiento resistente en diversas poblaciones con alto riesgo que han experimentado una adversidad importante. El determinar los múltiples niveles en los cuales se engendra el cambio a través de estudios aleatorizados y comparativos permitirá comprender los mecanismos del cambio, el grado en el cual se puede fomentar la plasticidad neural y las interrelaciones entre los procesos biológicos y psicológicos en la aparición de la inadaptación, la psicopatología y la resistencia a la adversidad.*

**Palabras clave:** Resistencia a la adversidad, estrés, vías de desarrollo, múltiples niveles de análisis, plasticidad neural, intervenciones que favorecen la resistencia a la adversidad.

*(World Psychiatry 2010;9:145-154)*

Desde la perspectiva de la psicopatología del desarrollo, la inadaptación y el trastorno psiquiátrico se consideran como una evolución de las susceptibilidades progresivas en la organización de los sistemas biológicos y psicológicos, que da por resultado la socavación de los esfuerzos del individuo para adaptarse eficazmente a las experiencias estresantes y adversas (1,2). La interacción dinámica entre el riesgo y las fuerzas protectoras se concibe como factores que influyen en la evolución del desarrollo a través de la repercusión que tiene en la calidad de la organización de los sistemas biológico y psicológico conforme se desarrolla el individuo (3).

Los psicopatólogos del desarrollo resaltan que hay una multifuncionalidad en los procesos del desarrollo de manera que la forma en que las personas responden e interaccionan con vulnerabilidad y factores protectores a cada nivel de la ecología (es decir, cultura, sociedad, familia y sus transacciones) permite la diversidad en los desenlaces del desarrollo (4,5). Los individuos pueden comenzar en la misma trayectoria de desarrollo mayor y no obstante mostrar patrones de inadaptación o adaptación muy diferentes. La vía a la psicopatología o a la resistencia a la adversidad está sujeta a la influencia de una matriz compleja del nivel de organización biológica y psicológica del individuo, las experiencias actuales, las opciones activas, el contexto social, el periodo en que ocurren los sucesos y las experiencias que son adversos y la historia del desarrollo del individuo (5).

La comprensión de las transacciones dinámicas entre los factores de riesgo y protectores desempeña un papel central para crear modelos de prevención que estén basados en un conocimiento del desarrollo. Mediante el incremento del equilibrio

relativo de los procesos protectores con respecto a los factores de riesgo, puede alcanzarse el potencial de enderezar la evolución de desarrollo, el logro de vías de desarrollo adaptativas y la reducción del surgimiento de la psicopatología (4,6).

Así como las desviaciones del entorno promedio que cabe esperar potencian en algunos individuos la tendencia a la inadaptación, otros demuestran adaptación ante los mismos retos (7-9). Por consiguiente, comprender los mecanismos que favorecen la adaptación entre los individuos que experimentan la adversidad importante tiene la misma importancia que investigar las trayectorias hacia la inadaptación. Las investigaciones realizadas sobre los factores protectores biológicos y psicológicos son decisivamente importantes para descubrir los mecanismos y los procesos que contribuyen al restablecimiento de la función o la adaptación resistente ante una adversidad importante (10-12).

## DEFINICIÓN Y CONTEXTO HISTÓRICO

La resistencia a la adversidad se concibe como un proceso de desarrollo dinámico que abarca el logro de la adaptación positiva en el contexto de una adversidad importante (8,13,14). Existen dos condiciones críticas que son inherentes a esta concepción de la resistencia a la adversidad, a saber; a) la exposición a una amenaza, adversidad grave o traumatismo importante; y b) el logro de una adaptación positiva pese a las importantes agresiones al proceso del desarrollo (8,14).

Durante cuatro decenios, los investigadores interesados en los niños con un desarrollo satisfactorio en el contexto de una

adversidad importante se han ocupado de tratar de comprender mejor las diversas vías que conducen a la psicopatología, dilucidar el proceso que culmina en el desarrollo normal e informar sobre las intervenciones preventivas y la normatividad social que podría mejorar las vidas de niños y familias vulnerables (7,15-18). Las investigaciones en el campo del riesgo y la resistencia a la adversidad han llevado a los científicos a reevaluar sus posiciones previas en torno a las causas y la evolución de la psicopatología y han dado por resultado una reformulación de los modelos etiológicos del déficit que caracterizaban a las perspectivas previas del desarrollo de los niños que han experimentado desventaja y gran adversidad (9,19,20).

Los estudios realizados en personas con alto riesgo de psicopatología y en individuos con trastornos mentales a menudo representaban la evolución del desarrollo como determinista y que inevitablemente daba por resultados desenlaces de inadaptación y patológicos. Las investigaciones enfocadas en las predisposiciones genéticas y biológicas a la psicopatología, las agresiones al desarrollo inherentes a un cuidado inadecuado y los traumatismos infligidos en el hogar —p. ej., los malos tratos de los niños y la violencia doméstica, la exposición a la violencia social, enfermedades crónicas y sucesos vitales catastróficos— transmite gráficamente la multiplicidad de riesgos que pueden culminar en los desenlaces alterados. A medida que los investigadores descubrieron que no todos los niños con alto riesgo manifestaban las graves consecuencias que pronosticaban las teorías estáticas de la psicopatología, la comprensión de los procesos mediante los cuales los niños con riesgo no presentaban psicopatología se llegó a considerar como importante y como un elemento que proporcionaba información para la teoría sobre desarrollo de la inadaptación y la patología.

Antes que se pudieran iniciar las investigaciones sobre la resistencia a la adversidad, tuvo que ocurrir un historial importante e ilustrado de investigación que detallara los factores precursores así como los patrones contemporáneos de resistencia al estrés (p. ej., 8,21). En muchos de estos estudios iniciales, los investigadores habían descubierto pruebas de conducta adaptativa; sin embargo, aun no había surgido la nomenclatura para designar estos resultados como indicativos de la resistencia a la adversidad.

Las raíces históricas de la resistencia a la adversidad pueden identificarse en los programas iniciales de investigación realizados en personas con esquizofrenia y en individuos expuestos a las enfermedades psiquiátricas de los progenitores, estrés y pobreza extremos y también en el funcionamiento de los individuos que experimentaban sucesos traumáticos en etapas iniciales de sus vidas (7,15,22,23). Las primeras investigaciones sobre los trastornos graves de los pacientes esquizofrénicos se enfocaron principalmente en comprender la conducta inadaptativa y el subgrupo de pacientes que mostró patrones relativamente adaptados se consideraron atípicos y recibían escasa atención. Hacia la mitad del siglo XX, los investigadores habían descubierto que las personas con esquizofrenia y con evoluciones de la enfermedad menos graves se caracterizaban por un antecedente premórbido de una competencia relativa en el trabajo, relaciones sociales satisfactorias, matrimonio y la capacidad para cumplir con la responsabilidad (véase 23). De una manera paralela, los estudios realizados en niños de madres con esquizofrenia desempeñaron un papel decisivo en el surgimiento de la resistencia infantil a la adversidad como un tema teórico y empírico importante (16,19,24).

Además, el estudio longitudinal de Werner (17,18), en el que de manera sistemática se investigaron las fuerzas protectoras que distinguían a los niños con características de adaptación saludables de aquellos que eran comparativamente menos adaptados, fue una investigación trascendental. Las pruebas científicas de que muchos de estos niños que experimentaban gran adversidad tenían un desarrollo satisfactorio pese a su alto riesgo condujo a esfuerzos empíricos cada vez mayores para comprender las variaciones individuales de la respuesta a la adversidad. Los primeros esfuerzos empíricos se enfocaron principalmente en las características personales de los «niños» resistentes a la adversidad», como autonomía o gran autoestima (25). No obstante, a medida que evolucionaron las investigaciones en este campo los investigadores reconocieron cada vez más que la resistencia a la adversidad a menudo se deriva de factores externos al niño (8). Las investigaciones subsiguientes llevaron a delimitar estas series de factores implicados en el desarrollo de la resistencia a la adversidad, a saber: a) atributos de los propios niños; b) aspectos de sus familias y c) características de su entornos sociales más amplios (8,25).

En los últimos decenios ha habido un cambio en el enfoque de las investigaciones empíricas; en vez de investigar factores protectores, los investigadores cada vez más tratan de descubrir los mecanismos inherentes a un funcionamiento resistente (8). Este enfoque en procesos por contraposición a la identificación de factores ha permitido a los científicos identificar estrategias de prevención e intervención que son sensibles al desarrollo para fomentar la resistencia a las personas que experimentan adversidad importante o traumatismo (26-28). El conocimiento de los procesos que contribuyen al funcionamiento resistente puede permitir a los científicos que aplican la prevención y las intervenciones capitalizar los periodos de cambio del desarrollo y transiciones como oportunidades únicas para favorecer la adaptación positiva durante la adversidad o el traumatismo importante (27,29). Como lo aseveró S. Luthar, «es mucho más prudente fomentar el desarrollo de un funcionamiento resistente en las primeras etapas del desarrollo que implantar tratamientos para corregir trastornos una vez que ya han cristalizado» (7). Las intervenciones preventivas en los estudios aleatorizados comparativos pueden conceptuarse como verdaderos experimentos para modificar la evolución del desarrollo (30), presentando de esta manera las oportunidades para evaluar las teorías de desarrollo existentes y poder esclarecer la causa y la evolución de los desenlaces de adaptación positivos en los individuos que experimentan adversidad importante (8,31).

A medida que han evolucionado las investigaciones sobre la resistencia a la adversidad y se han transformado en el transcurso de los años, se ha vuelto cada vez más evidente que el logro de la adaptación positiva ante una adversidad importante implica un avance del desarrollo; nuevas vulnerabilidades y retos o fortalezas y oportunidades a menudo surgen conforme se modifican las circunstancias en el curso de la vida (8). La resistencia a la adversidad no es algo que un individuo «tiene» —es un proceso del desarrollo determinado por múltiples factores que no son fijos o inmutables—. De ahí que sea importante llevar a cabo estudios longitudinales de los factores que determinan el funcionamiento resistente. En este sentido, los estudios longitudinales sobre la resistencia a la adversidad deberían enfocarse no sólo en evaluar la estabilidad de la conducta durante el tiempo de desarrollo, sino también en la capacidad de los in-

dividuos previamente resistentes de «dar un salto» o recuperar el funcionamiento positivo después de experimentar periodos difíciles y alcanzar su adaptación resistente previa (32). Así mismo, puesto que la adaptación resistente puede lograrse en cualquier punto del ciclo vital, es necesario investigar sobre el logro de desenlaces positivos en diferentes etapas de desarrollo, incluso en la edad adulta y a una edad más avanzada (8).

## UNA PERSPECTIVA MULTINIVEL DE LA RESISTENCIA A LA ADVERSIDAD

Hasta el último decenio, el estudio empírico de la resistencia a la adversidad se enfocaba predominantemente en las correlaciones conductuales y psicosociales y los factores que contribuyen al fenómeno y no evaluaban las correlaciones ideológicas y los factores que contribuían al mismo (8,10,11). Estos estudios fueron realizados antes de la concepción de las técnicas modernas para evaluar las correlaciones de genética molecular, neurales y biológicas de la conducta humana y el desarrollo.

La evidencia científica de investigaciones previas de orientación variable y orientación hacia la persona en torno a la resistencia a la adversidad convergen en una breve lista de atributos del niño y del entorno que resultan correlaciones generales bien establecidas de una adaptación competente y la psicopatología. Aunque los estudios previos tenían defectos metodológicos y limitaciones (14), las investigaciones más contemporáneas no obstante siguen corroborando los factores relacionados con el funcionamiento resistente: a) relaciones estrechas con adultos competentes y cuidadores en la familia y en la sociedad; b) capacidades de autorregulación; c) perspectiva positiva de sí mismo; d) motivación para ser eficaz en el entorno (es decir, autoeficacia y autodeterminación); y e) amistades y apego románticos con compañeros prosociales y bien regulados (12). Las habilidades de resolución de problemas, la previsión de la planificación y una orientación futura (todas vinculadas con funciones ejecutivas), estrategias de adaptación activas y la capacidad de confrontar directamente los temores, minimizar la negación, la desconexión y la adaptación evasiva todos son factores que se han relacionado con un funcionamiento resistente (7,12,14). Es más, el optimismo, la emocionalidad positiva, la percepción de los sucesos estresantes de maneras menos amenazantes y la capacidad para replantear las experiencias adversas en un tenor positivo, la espiritualidad y el poder encontrar significado en medio del trauma se han vinculado con la resistencia a la adversidad (33).

Indudablemente, el descuido relativo de la biología como una rama pertinente a las teorías del desarrollo sobre el despliegue de los desenlaces de la conducta adaptativa ante la adversidad se debió principalmente a la escasez de información que existía en torno a la organización estructural y funcional del cerebro (34-36). Simplemente no había suficientes conocimientos sobre el desarrollo y la función del cerebro para articular su función en la génesis y la epigénesis de los procesos mentales normales y anormales, no digamos en su contribución al desarrollo de la adaptación resistente (33).

La mayor parte de lo que se sabe sobre causas, correlaciones, evolución y consecuencias de funcionamiento resistente ante la adversidad, se ha derivado de investigaciones que se enfocaban en los dominios relativamente estrechos de las variables (7,8). Sin embargo, resulta evidente de las cuestiones

abordadas por los psicopatólogos del desarrollo que el avance hacia una comprensión de múltiples procesos en la adaptación resistente exigirá la implantación de diseños y estrategias de investigación que requieren la evaluación simultánea de múltiples dominios de variables tanto dentro como fuera de la persona en vías de desarrollo (11).

En el último decenio, varios científicos han instado a los investigadores a que incorporen evaluaciones neurobiológicas y de genética molecular en sus investigaciones de las vías del desarrollo hacia el funcionamiento resistente (10,11,37). Los avances tecnológicos en genética molecular, neuroimágenes, magnetoencefalografía, registro electroencefalográfico (EEG) y técnicas de análisis hormonales han vuelto más factible llevar a cabo investigaciones sobre el desarrollo de la resistencia a la adversidad desde una perspectiva multinivel (11,12).

Además, el advenimiento de la neurociencia moderna, junto con sus múltiples subdisciplinas asociadas, representa una oportunidad sin precedente para añadir los enfoques conceptuales y metodológicos actuales al estudio de la resistencia a la adversidad. No obstante, tiene importancia crítica tener presente que los dominios biológicos no funcionan de manera independiente; más bien, es más frecuente que el funcionamiento de un sistema influya en las propiedades funcionales de uno o más de los otros sistemas, a través de una cascada de desarrollo de procesos influenciados en sentido bidireccional (38). Dado este reconocimiento creciente de lo importante que es evaluar en forma simultánea muchos niveles de procesos interdependientes, a fin de mejorar la comprensión de un fenómeno multifacético como lo es la resistencia a la adversidad, es de la pertinencia de los investigadores de este campo afrontar el reto de incorporar de manera simultánea múltiples niveles de análisis tanto mediante todos de los sistemas como a través de cada uno de ellos (39). Los dominios biológicos y psicológicos son esenciales para incluir en la investigación básica sobre la resistencia y en las intervenciones que favorecen la resistencia a la adversidad. Cada nivel informa y refrena todos los demás niveles de análisis. Así mismo, la influencia de los niveles entre sí casi siempre es bidireccional.

Puesto que diferentes niveles de análisis refrenan otros niveles, a medida que los científicos aprenden más sobre múltiples niveles de análisis, los investigadores de la resistencia a la adversidad que lleven a cabo su trabajo en cada nivel habrán de establecer teorías que sean compatibles en todos los niveles. Cuando las disciplinas funcionan de manera aislada corren el riesgo de crear teorías que a la postre resultarán incorrectas, pues se ignora o se desconoce información vital de otras disciplinas. Tal como ocurre en el caso de la neurociencia de sistemas (40), es decisivo que haya un marco de referencia integrador que incorpore todos los niveles de análisis sobre los sistemas complejos en el desarrollo de la resistencia a la adversidad (11,36).

## Resistencia a la adversidad en niños con malos tratos: de la investigación de un solo nivel hasta la de multinivel

El crecer en condiciones de malos tratos infantiles constituye una profunda inmersión en el estrés grave que dificulta y a menudo altera el desarrollo a través de diversos dominios de funcionamiento biológico y psicológico (41). Las condiciones ecológicas relacionadas con los malos tratos representan una desviación grave del entorno promedio previsible. Los niños

con malos tratos posiblemente manifiestan datos atípicos en los procesos neurobiológicos, en la reactividad fisiológica, el reconocimiento de las emociones y la regulación de la emoción, las relaciones de apego, el desarrollo de un autosistema, los procesos de representación, el procesamiento de la información social, las relaciones con compañeros, el funcionamiento escolar y las relaciones románticas (41). Por consiguiente, los niños con malos tratos posiblemente desarrollarán un perfil de factores de vulnerabilidad relativamente persistentes que los ubicarán en un gran riesgo de inadaptación futura y psicopatología.

No obstante, no todos los individuos que han sido objeto de abuso y negligencia sucumben a la adversidad extrema en sus vidas. La investigación de la forma en que algunos individuos con malos tratos ponen en juego mecanismos de adaptación pese a experimentar un estrés y trauma importantes ofrece la oportunidad de descubrir procesos en múltiples niveles de análisis que posiblemente sean pertinentes a la adaptación eficaz ante la adversidad y no obstante menos fácilmente detectables en circunstancias de una exposición al estrés más normal (42). El descubrimiento de la manera en que los niños con malos tratos se desarrollan y funcionan con resistencia pese a experimentar múltiples factores estresantes ofrece perspectivas favorables considerables para dilucidar las teorías del desarrollo de la adaptación y para la prevención y la intervención.

En un estudio longitudinal de las vías que conducen a la resistencia a la adversidad en los niños con malos tratos, verificamos si había diferentes vías hacia el funcionamiento resistente en los niños con malos tratos y sin malos tratos (ambos de antecedentes socioeconómicos bajos equiparables) y exploramos si existían diferencias entre estos grupos en cuanto a resistencia a la adversidad, recuperación de la función o disfunción en el periodo de estudio de tres años (32). Los niños con malos tratos mostraron más disfunción que los niños sin malos tratos en varios indicadores de funcionamiento resistente a los malos tratos (p. ej., competencia con compañeros, problemas de conducta, funcionamiento escolar, relaciones con adultos cuidadores). Además, muchas de estas disfunciones persistían en los dos o tres años consecutivos de la evaluación. Por otra parte, en cada uno de los tres años, los niños con malos tratos mostraban un nivel más bajo de funcionamiento resistente que los niños sin malos tratos. Así mismo, la continuidad del funcionamiento inadecuado desplegado por los niños con malos tratos durante el curso de este estudio longitudinal era considerable. En conjunto, estos hallazgos subrayan la repercusión nociva que las experiencias de malos tratos ejercen sobre el funcionamiento competente y son indicio del carácter no transitorio de su influencia.

En este estudio, también construimos grupos de patrones basados en tres evaluaciones anuales consecutivas del funcionamiento resistente en los niños con malos tratos y sin malos tratos. La inspección de estos grupos de patrón reveló que había un porcentaje notablemente mayor de niños con malos tratos que de niños sin malos tratos en el grupo con patrón de funcionamiento resistente bajo (40,6% frente a 20%). Así mismo, un mayor porcentaje de niños con malos tratos (9,8%) que de niños sin malos tratos (1,3%) mostró indicadores de competencia 0, reflejando de esta manera la falta de esfuerzos de resistencia a la adversidad durante el periodo de estudio de tres años. Garnezy (16,24) una y otra vez hizo hincapié en que la mayoría de los niños mantienen la capacidad de manifestar algunos esfuerzos de resistencia a la adversidad ante situacio-

nes adversas crónicas y serias. La falta completa de esfuerzos de resistencia en casi 10% de los niños con malos tratos es causa de una máxima preocupación, ya que las tendencias a la autocorrección son características vitales de todos los organismos vivientes. La ausencia constante de estos esfuerzos durante toda la investigación es muy anómala y alarmante.

También evaluamos factores que contribuían a la aparición del funcionamiento resistente en grupos de niños con malos tratos y sin malos tratos con desventajas. Para los niños con malos tratos, los principales factores pronósticos del funcionamiento resistente fueron las características de personalidad sobre control del ego (es decir, la capacidad de vigilar y controlar los impulsos y regular el afecto) y la resistencia del ego (es decir, el grado de flexibilidad relativa en regular el afecto y la conducta para satisfacer las demandas circunstanciales) y la autoestima positiva. En cambio, para los niños sin malos tratos, las relaciones positivas con su madre y otros cuidadores adultos y la resistencia del ego desempeñaron papeles importantes para pronosticar el funcionamiento adaptado. Dado el elevado porcentaje de apegos inseguros y desorganizados en los niños con malos tratos (43), es congruente que los factores de la relación sean más decisivos para el logro de la resistencia a la adversidad en los niños marginados sin malos tratos.

Las características de la personalidad y los procesos de autosistema fueron más importantes para lograr la adaptación resistente en los niños con malos tratos. Específicamente, las variables del autosistema como autosuficiencia y la confianza en sí mismo, junto con la reserva interpersonal (es decir, el supercontrol del ego), parecen conjuntarse bien para el desarrollo de la adaptación resistente en los niños con malos tratos. A través de la adopción de una forma de interacción y relación más reservadas, controladas y adecuadas (es decir, supercontrol resistente), los niños con malos tratos que funcionan de una manera resistente pueden estar más en armonía con lo que es necesario para una adaptación satisfactoria en sus entornos domésticos adversos. Es concebible que su estilo más supercontrolado los proteja de ser blanco de incidentes de malos tratos continuados. En cambio, el estilo con más expresión afectiva de los menos controladores resistentes puede estar bien adecuado para la adaptación satisfactoria en los entornos de malos tratos, pues tales estilos pueden desencadenar atención y reacción de otros que podrían dar por resultado más riesgo de malos tratos (44).

Después de concluida esta investigación longitudinal de los procesos psicosociales subyacentes a la resistencia a la adversidad en los niños con malos tratos, iniciamos dos estudios multinivel. La perspectiva ecológica-transaccional que subyace a esta investigación inherentemente toma en cuenta múltiples niveles de análisis así como la combinación de mecanismos biológicos y psicológicos dentro del mismo marco de referencia (3,4). Esta perspectiva no atribuye la tendencia a ningún nivel de análisis por sobre otro y fomenta la relajación de los límites conceptuales entre la naturaleza y la crianza y la biología y la psicología (45-47). Esta perspectiva teórica proporciona así una estructura fácilmente elaborada para la integración de una perspectiva multinivel hacia la resistencia.

En la primera investigación multinivel de la resistencia a la adversidad, la regulación de la emoción y la asimetría de los hemisferios en el EEG en niños con malos tratos y sin malos tratos de medios socioeconómicos bajos con gran estrés, hipotetizamos que la emocionalidad positiva y el aumento de la ca-

pacidad reguladora de las emociones inherente al movimiento resistente se asociaría a una actividad electroencefalográfica frontal izquierda relativamente mayor (48). Un acervo bibliográfico importante en torno al significado y las correlaciones de las asimetrías hemisféricas en la actividad electroencefalográfica ha señalado que este fenómeno ubicuo indexa un sistema neural que tiene influencias específicas en las emociones mediante el cual los dos hemisferios de la corteza cerebral han intervenido de manera diferente en las emociones (48). En concreto, el hemisferio izquierdo se relaciona con una conducta de emociones y enfoque positivos y el hemisferio derecho está vinculado a emociones negativas y conducta de aislamiento. Las emociones positivas y las capacidades satisfactorias de regulación de las emociones, una y otra vez se han relacionado con una adaptación resistente a la adversidad (18,49,50). En consecuencia, la conexión potencial de la asimetría hemisférica en el electroencefalograma con la resistencia a la adversidad radica en sus vínculos frecuentes con la emoción y la regulación de las emociones.

La asimetría electroencefalográfica en regiones corticales centrales distinguió entre los niños con un funcionamiento resistente alto y bajo, de manera que la actividad del hemisferio izquierdo caracterizaba a los niños con malos tratos que se adaptaban de manera resistente basándose en nuestro índice compuesto de competencia (p. ej., relaciones satisfactorias con compañeros, adaptación satisfactoria a la escuela, bajos niveles de sintomatología depresiva, escasa psicopatología exteriorizante e interiorizante) (51). Así mismo, una medida conductual de la regulación de la emoción, basada en 35 horas de observación de los niños, contribuyó de manera notable a la predicción de la resistencia a la adversidad en los niños con malos tratos y sin malos tratos.

La investigación de un fenómeno a nivel neural como la asimetría electroencefalográfica de los hemisferios en el contexto de la adaptación resistente no recuerda que ciertamente no hay una sola característica que será ascendente en el proceso de la resistencia a la flexibilidad durante el curso del desarrollo. La resistencia a la adversidad es un proceso interactivo dinámico entre múltiples niveles en el tiempo, ninguno de los cuales mantiene una importancia primaria en determinado momento. Sin embargo, considerado a través del desarrollo, la importancia relativa de los diversos procesos biológicos y psicológicos, aunque inevitablemente se interrelacionan, también puede variar.

En otra investigación multinivel llevada a cabo en nuestro laboratorio, se evaluó el funcionamiento resistente en los niños con malos tratos y sin malos tratos de bajos ingresos en relación con la regulación de dos hormonas esteroides suprarrenales que responden al estrés, cortisol y dehidroepiandrosterona (DHEA), así como los conceptos de personalidad de la resistencia del ego y del control del ego (52). Las hormonas esteroides que seleccionamos para investigar como potenciales pronosticadoras de la resistencia a la adversidad son los dos principales productos adrenocorticales de la actividad secretora del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal (HPA). La capacidad de los individuos para aumentar las concentraciones de cortisol en respuesta a la exposición al trauma agudo es importante para la supervivencia (2). La dehidroepiandrosterona ejerce una repercusión sobre una gama diversa de acciones biológicas, que comprenden efectos sobre los sistemas inmunitario, cardiovascular, endocrino, metabólico y del sistema nervioso central (53).

Al igual que en las investigaciones uninivel y multinivel previas en torno a las vías que conducen a la adaptación resistente antes descritas, utilizamos una variable compuesta de resistencia a la adversidad que incluyó evaluaciones multimétodo y multiinformante de relaciones competentes con compañeros, éxito escolar y bajos grados de síntomas interiorizantes y exteriorizantes. Observamos que la resistencia del ego y el supercontrol del ego así como las hormonas esteroides suprarrenales relacionadas con el estrés (es decir, cortisol y DHEA) tenían contribuciones independientes y no interactivas a la resistencia a la adversidad. Aunque operan en diferentes niveles de análisis, cada uno de los factores conductuales/psicológicos y biológicos contribuyó de manera singular a la resistencia a la adversidad.

El estrés prolongado, como suele ser el caso en los malos tratos del niño, puede llevar a una carga alostática que se caracterizó por una pérdida de la regulación fisiológica acumulada en múltiples sistemas biológicos, a través de una cascada de causas y secuelas que pueden modificar el cerebro, los órganos y los sistemas y el equilibrio neuroquímico que subyace a la cognición, las emociones, el estado afectivo, la personalidad y la conducta (54,55). Se considera que la carga alostática se presenta cuando la adaptación al estrés exige que las respuestas se mantengan durante periodos sostenidos. La alostasis y la carga alostática pueden concebirse como elementos que conllevan un principio biológico general —es decir, que los sistemas que ayudan al organismo a adaptarse al estrés y realizan una función protectora a corto plazo, también pueden participar en el desarrollo de procesos fisiopatológicos cuando se sobreutilizan o se controlan de manera ineficaz.

Observamos que las mayores concentraciones de cortisol por las mañanas se relacionaban con grados más bajos de impulsos de resistencia para los niños sin malos tratos. Las concentraciones elevadas de cortisol basal pueden indicar que los niños sin malos tratos están experimentando más exposición al estrés y, en consecuencia, se restringe su capacidad para adaptarse de manera competente. Dentro del grupo de los niños con malos tratos, se observó que las diferencias en la regulación del cortisol eran una función del tipo o subtipos de malos tratos experimentados. Los niños con abuso físico y con altas concentraciones de cortisol por las mañanas tenían un funcionamiento resistente más considerable que los niños con abuso físico que tenían concentraciones más bajas de cortisol por la mañana. El papel positivo del incremento del cortisol en los niños con abuso físico es diferente del patrón más general de cortisol más elevado y su relación con un menor funcionamiento resistente según lo descubrimos en los niños sin malos tratos y con abuso sexual en este estudio.

La investigación previa sobre la regulación neuroendocrina ha indicado que los niños con abuso físico por lo general manifiestan menores concentraciones de secreción de cortisol por las mañanas (56). Es posible que el subgrupo de niños con abuso físico que podían elevar el cortisol para hacer frente a los factores estresantes estuviese demostrando un mayor esfuerzo por la adaptación resistente. En cambio, el subgrupo más amplio de niños con abuso físico y con concentraciones más bajas de cortisol por la mañana puede haber desarrollado con el tiempo hipocortisolismo en respuesta a la exposición crónica al estrés (es decir, carga alostática) (57). Como resultado, estos niños pueden tener una menor capacidad para movilizar el eje HPA y favorecer la adaptación positiva en condiciones de

estrés persistente. Además, observamos que el grado tan bajo de resistencia a la adversidad en niños con abuso sexual y con altas concentraciones basales de cortisol puede ser un producto de sus diferentes experiencias traumáticas y consecuencias de la vigilancia excesiva y preocupación crónicas, con una hiperactividad correspondiente del eje HPA (52).

Por último, también descubrimos que los niños con malos tratos y con un alto funcionamiento resistente mostraban un patrón atípico singular de incremento diurno relativo en la DHEA. Los niños con malos tratos que tienen la capacidad para elevar la DHEA en el curso del día pueden estar mejor equipados para hacer frente a las exigencias de una alta exposición crónica al estrés y para adaptarse en forma competente. En cambio, los niños sin malos tratos que funcionaban con resistencia no mostraron el patrón de incremento diurno de la DHEA; más bien mostraron los grados más bajos de DHEA durante todo el día.

### **Interacción genoambiental y los mecanismos moleculares que favorecen el funcionamiento resistente en los niños con malos tratos**

En los últimos años se ha visto un renacimiento del interés en la investigación de la interacción entre los genes y los microorganismos patógenos ambientales en el desarrollo de la psicopatología y la resistencia a la adversidad (58-60). Desde una perspectiva genética, la resistencia a la adversidad puede conceptuarse como el grado en el cual personas con riesgo genético para la inadaptación y los trastornos mentales no resultan afectadas (61). Así mismo, puede haber factores genéticos que contribuyen a la adaptación resistente que protege a algunas personas en las familias en las que hay una elevada carga genética para la aparición de la inadaptación y el trastorno mental por sucumbir a estos desenlaces deletéreos (58). Es más, posiblemente los genes tienen una función protectora contra las lesiones ambientales en algunos individuos. Por consiguiente, es evidente que las influencias genéticas sobre la inadaptación y la psicopatología operan de una manera probabilista y no determinista.

En la interacción genoambiental (GxA), las experiencias ambientales moderan los efectos genéticos o viceversa sobre los desenlaces en el desarrollo normal, psicopatológico y resistente. Por ejemplo, pueden observarse efectos genéticos sobre los desenlaces funcionales sólo en determinados contextos ambientales o en conjunción con antecedentes de experiencias específicas; a la inversa, la experiencia puede sólo relacionarse con los desenlaces en personas con características genéticas específicas (62).

En la mayor parte de los estudios sobre la GxA se han investigado los polimorfismos en el transportador de la monoaminooxidasa A (MAOA) y en el transportador de la serotonina (5-HTT), dos de los principales genes que intervienen en la maduración en las primeras etapas de desarrollo del cerebro y en el estado afectivo, la conducta y la reactividad al estrés (58). La variabilidad mostrada en las respuestas de los niños a los riesgos ambientales de los malos tratos infantiles indica que esta heterogeneidad puede estar dentro del hemisferio de la influencia genética (59). La experiencia de los malos tratos en los niños ha mostrado ser un factor patógeno ambiental importante que ha generado diversos hallazgos interesantes que han contribuido a engendrar interés en la investigación sobre la GxE (59,60; para los metanálisis véase 65,66).

Caspi y sus colaboradores (62,63) demostraron los efectos de la GxE en una amplia muestra de adultos que había experimentado malos tratos graves en las primeras etapas de la infancia.

Específicamente, Caspi et al., (58) observaron que los hombres adultos que habían sufrido malos tratos en las primeras etapas del desarrollo y que poseían la variante alélica de actividad baja del gen de la MAOA mostraban mayores grados de síntomas antisociales y agresivos que los individuos que habían sufrido malos tratos en las primeras etapas y que tenían la variante de gran actividad de la MAOA. Este último grupo mostró grados más bajos de síntomas antisociales y agresivos (62) que los adultos con malos tratos con la variante de actividad baja de la MAOA. En una investigación subsiguiente, Caspi et al., (63) descubrieron que los adultos que experimentaban malos tratos graves en la infancia y que poseían la variante corta (s/s) del gen de la 5-HTT mostraban grados más altos de síntomas depresivos que los adultos que tenían la variante larga (l/l) del gen de la 5-HTT y que habían sufrido malos tratos durante la infancia. En cambio, los adultos del último grupo tenían significativamente menos síntomas que los adultos con malos tratos con las variantes de alelo cortas (63). Por consiguiente, es comprensible que la gran actividad del polimorfismo del gen de la MAOA y las variantes largas del gen de la 5-HTT puedan conferir protección contra el trastorno antisocial y la depresión a los adultos que han sufrido malos tratos graves durante su infancia.

En nuestro laboratorio llevamos a cabo un estudio multigénico en el que se evaluó la interacción entre los polimorfismos de la 5-HTT y los genes de la MAOA y los síntomas depresivos en una amplia muestra de niños con malos tratos (67). A adolescentes de medios socioeconómicos bajos con un antecedente de malos tratos infantiles y sin tal antecedente se les administró una entrevista diagnóstica semiestructurada para trastornos psiquiátricos. Además, estos adolescentes proporcionaron células de la cavidad bucal para el análisis genético. Se observaron síntomas de depresión acentuados entre los jóvenes con escasa actividad de la MAOA que habían sufrido malos tratos considerables. Entre los jóvenes con malos tratos equivalentes pero con una elevada actividad de la MAOA, las estrategias de autoadaptación se relacionaron con los síntomas depresivos más bajos. El hallazgo de que las estrategias de autoadaptación y la actividad de la MAOA elevada se relacionaban con síntomas depresivos más bajos hace recordar los resultados de varios de nuestros estudios sobre la resistencia a la adversidad en los niños con malos tratos. Específicamente, se observó que la autorresistencia y la autodeterminación eran factores pronósticos del funcionamiento resistente en los niños con malos tratos (32). Es concebible que los niños con malos tratos con características de autosistema positivo que funcionaban de manera resistente también puedan haber tenido variantes polimorfas de genes (p. ej., gran actividad de la MAOA) que funcionasen de una manera protectora contra la inadaptación.

El abuso sexual y el genotipo corto/corto de 5-HTT pronosticó más síntomas de depresión, ansiedad y somáticos. Esta interacción GxE se moderó adicionalmente por el grado de actividad de la MAOA. En concreto, observamos que los adolescentes con abuso sexual que tenían una o dos copias del alelo corto de 5-HTT tenían concentraciones notablemente reducidas de síntomas interiorizantes si también tenían la versión del gen de la MAOA de gran actividad (67).

También hemos comenzado a descifrar coacciones en múltiples niveles de análisis a través de la incorporación de medidas fisiológicas genéticas y múltiples en nuestra investigación multinivel sobre las vías que conducen a la resistencia a la adversidad en los niños con abuso y descuido. Por ejemplo, en un estudio longitudinal que se está realizando actualmente en nuestro laboratorio, estamos empleando el enfoque de múltiples niveles de análisis para evaluar la evolución de la psicopatología relaciona-

da con el traumatismo en niños con malos tratos, así como los procesos multinivel que contribuyen a los desenlaces resistentes. Además de genotipificar los genes putativos pertinentes, hemos incorporado múltiples medidas de respuestas neurofisiológicas a clases de estímulos emocionales y al funcionamiento hormonal, neurocognitivo y conductual. En este campo ya no es posible darse el lujo de continuar con la distinción artificial entre genética, neurobiología y conducta en la investigación sobre los factores determinantes de la resistencia a la adversidad.

### **Plasticidad neural y resistencia a la adversidad: algunos vínculos potenciales**

Los mecanismos de expectativa de la experiencia y de dependencia de la experiencia en la plasticidad neural son integrales a la estructura anatómica del tejido cortical y hacen que la formación del cerebro sea un proceso maleable extendido (65-67). Los psicopatólogos del desarrollo y los neurocientíficos pueden utilizar este conocimiento como un camino para la comprensión de la vulnerabilidad y los procesos protectores del desarrollo del cerebro como factores que contribuyen a la génesis y la epigénesis de la psicopatología y la resistencia a la adversidad. Así mismo, puesto que los mecanismos de plasticidad hacen que la diferenciación anatómica del cerebro dependa de la estimulación por el ambiente, resulta claro que la citoestructura de la corteza cerebral es configurada por los impulsos derivados del entorno social. Puesto que la corteza humana sólo está difusamente estructurada por el plan genético y dado que su diferenciación final es muy reactiva a las estrategias de adaptación activa del individuo en un medio específico, es muy posible que los desenlaces normales, anormales y resistentes de este proceso abarquen una gama diversa de anatomías de redes corticales y personalidades individuales.

De una manera análoga a la plasticidad neural que tiene lugar en respuesta a la lesión del cerebro (68-71), la resistencia a la adversidad puede verse como la capacidad de un individuo para restablecerse después de la exposición a la adversidad o al trauma (9,32). Según este punto de vista, se considera que la adversidad ejerce un efecto dañino sobre uno o más sustratos neurales y los mecanismos de la plasticidad neural desencadenan el restablecimiento en un individuo. Esto podría llevar a la conclusión de que determinados individuos, clasificados como resistentes, pueden tener algún aumento de la capacidad innata (es decir, plasticidad), por encima y más allá de los grados normales, para recuperarse de las agresiones ambientales que tienen una repercusión en el cerebro. Este punto de vista de la resistencia a la adversidad concibe la adversidad en el entorno como «mala» para el cerebro, y el restablecimiento como una propiedad innata del propio cerebro. Sin embargo, esta perspectiva no toma en cuenta la repercusión de un entorno positivo (p. ej., presencia de apoyos sociales) o de los intentos activos del individuo por adaptarse, o de los genes protectores y de plasticidad sobre tal restablecimiento.

Otra concepción de la resistencia a la adversidad sería la de una resistencia mayor que la normal al efecto de la adversidad ambiental sobre el cerebro, de manera que los individuos resistentes pueden no sucumbir a los efectos potencialmente dañinos que la adversidad puede tener en el cerebro y otros sistemas biológicos. Este punto de vista de la interacción cerebro-adversidad no se clasificaría estrictamente como una característica que conlleve una plasticidad neural. Por consiguiente, en estas personas el término restablecimiento de la función puede no aplicarse por cuanto ni siquiera «pierden» la función.

El crecimiento rápido de las técnicas refinadas que permiten obtener las imágenes del cerebro directamente ha dado por resultado la disponibilidad de diversos métodos para los investigadores de la psicopatología del desarrollo; muchos de estos métodos se podrían utilizar para evaluar con detalle la plasticidad neural y también la estructura y la función del cerebro. Estas nuevas herramientas permiten ahora llevar a cabo investigaciones empíricas de la relación entre la plasticidad neural y la resistencia a la adversidad, posibilitando tal vez una evaluación del enlace directo de estos dos procesos. Se podrían abordar las interrogantes en torno a la manera en que la plasticidad neural puede desempeñar un papel en el desarrollo y el mantenimiento del funcionamiento resistente y también si los mecanismos de la plasticidad neural pueden operar de manera diferente en individuos clasificados como resistentes.

Entre las cuestiones apremiantes en torno a la adaptación resistente que se podrían abordar utilizando métodos de imágenes cerebrales están: a) ¿es diferente la estructura y la función del cerebro en los niños con malos tratos y sin malos tratos que funcionan de manera resistente, tomando en cuenta experiencias de adversidad equivalentes? b) Difieren la estructura y la función del cerebro de individuos resistentes que han experimentado una adversidad de las de niños normales criados en entornos no adversos? c) ¿Hay zonas específicas del cerebro que tengan más posibilidades de activarse en el funcionamiento resistente que en el no resistente durante las tareas que plantean dificultades o que son estresantes? d) ¿Cuáles aspectos de la estructura y la función del cerebro distinguen a los individuos que funcionan de manera resistente, pese a experimentar adversidad en las primeras etapas, de los que funcionan de una manera no resistente y que afrontan adversidades en las primeras fases de la vida (es decir, ¿qué papel desempeñan las experiencias iniciales?) e) ¿Hay periodos sensibles más allá de los cuales sea improbable el logro de la resistencia a la adversidad o es posible lograr la resistencia a la adversidad durante toda la vida? y f) ¿Hay cambios en la estructura del cerebro o en el funcionamiento de individuos clasificados como resistentes que se den en el curso del tiempo y que puedan reflejar procesos de la plasticidad neural? La inclusión de las técnicas de neuroimágenes a los enfoques existentes predominantemente psicológicos para cartografiar las vías que conducen a la resistencia a la adversidad, junto con los métodos biológicos y de genética molecular adicionales antes mencionados en este artículo, podrían dar por resultado muchos descubrimientos interesantes en torno a los procesos complejos que culminan en desenlaces competentes pese a la experiencia de una adversidad importante.

Además de investigar la relación proximal entre la resistencia a la adversidad y la plasticidad neural, hay diversos procesos mediados por factores neurobiológicos (p. ej., cognición, funcionamiento neuroendocrino) que tienen una relación directa con el desenlace resistente (14,51). Si bien estos procesos ejercen una repercusión en el funcionamiento resistente, la plasticidad neural, en cierto grado, puede ser el mecanismo subyacente común que medie la relación entre tales procesos y la resistencia a la adversidad.

### **Intervenciones que favorecen la resistencia a la adversidad: una perspectiva multinivel**

Las investigaciones sobre la resistencia a la adversidad tienen el potencial considerable de guiar el desarrollo y la implantación de intervenciones para facilitar la promoción del funcionamiento resistente en diversas poblaciones de alto

riesgo que han experimentado adversidad importante (27,72). Estas intervenciones debieran dirigir las fuerzas protectoras y de vulnerabilidad en múltiples niveles de influencia: cultura, población, familia e individuo.

Aunque varias de las intervenciones que se han implantado han utilizado un enfoque multifacético para garantizar la sensibilidad a las diversas transacciones entre los niños y sus conceptos ambientales, a nuestro entender ha habido muy escasas intervenciones que han incluido evaluaciones biológicas como parte de la batería de preevaluación y postevaluación. Puesto que uno de los principales objetivos del campo de la ciencia de la prevención radica en intervenir en el curso del desarrollo para fomentar el restablecimiento de la función y favorecer la adaptación resistente en individuos con alto riesgo de psicopatología (6) en la actualidad es esencial utilizar una perspectiva de múltiples niveles de análisis que van desde la determinación de las secuencias de ADN hasta la cultura en las evaluaciones de la investigación dirigida a valorar la eficacia de las intervenciones de los estudios aleatorizados comparativos cuya meta es fomentar el desarrollo de la adaptación resistente.

Existen por lo menos dos motivos para la falta de atención a los procesos biológicos en la evaluación de las intervenciones preventivas con niños y adolescentes. Esta falta de atención en parte se origina por una tradición en la psicología del desarrollo de medir procesos biológicos como índices de diferencias individuales heredadas y constitucionales que reflejan las bases neurobiológicas del temperamento (73). Esta tradición fomenta creencias de que los procesos biológicos no son maleables o son más resistentes al cambio positivo como resultado de la experiencia. Puesto que existen relaciones bidireccionales entre los diferentes niveles de organización biológica y psicológica, es esencial reconocer que la experiencia también influye en la biología (68,74). La evidencia de la reorganización neurobiológica en respuesta a las alteraciones en el ambiente puede ser menos evidente en poblaciones normales en las que posiblemente hay una mayor estabilidad en los medios de soporte; sin embargo, las investigaciones de individuos criados en condiciones ambientales extremas nos debieran permitir aislar más claramente los componentes de estos diversos sistemas y esclarecer de esta manera los efectos bidireccionales de la experiencia y la neurobiología.

La asignación fortuita a la adversidad o el trauma no es posible, pero sí lo es la asignación aleatoria a la intervención. Si los sistemas biológicos se restablecen en respuesta a la intervención, entonces esto brinda soporte a los razonamientos de que los sistemas estudiados son sensibles a las influencias ambientales durante el desarrollo. Además, si las intervenciones aleatorizadas modifican los sistemas neurobiológicos relacionados con los trastornos y se puede demostrar que son mediadoras de cambios en el funcionamiento psicosocial y conductual, entonces esto fomenta una mejor comprensión de las bases neurobiológicas del trastorno. Además, las intervenciones preventivas pueden contribuir al restablecimiento o la separación de secuelas biológicas en formas que sólo apenas se han comenzado a comprender. La mejor comprensión de los procesos neurobiológicos que aumentan el desarrollo inadecuado también puede indicar nuevos objetivos para la intervención preventiva. Por consiguiente, es importante que los científicos relacionados con la prevención investiguen los medios por los cuales los cambios en la experiencia y el funcionamiento psicológico que resultan de las intervenciones preventivas pueden modificar los procesos biológicos.

Ahora que los estudios realizados en animales han demostrado que la experiencia puede ejercer efectos sobre la microestruc-

tura y la bioquímica del cerebro (75), puede señalarse un papel vital de la plasticidad neural continuada durante toda la epigénesis en la contribución al restablecimiento de diversas formas de inadecuación y trastorno mental. Cada vez hay más pruebas indicativas en la bibliografía relativa a los animales de que las intervenciones eficaces modifican no solo la conducta inadecuada sino también las correlaciones celulares y fisiológicas de la conducta (76,77). Las intervenciones preventivas satisfactorias pueden alterar la conducta y la fisiología al producir alteraciones en la expresión de los genes que crean una nueva reorganización estructural en el cerebro (76). Una meta importante de la investigación de las intervenciones preventivas radica en identificar periodos de desarrollo en los que una intervención específica puede ser más eficaz de manera que pueda dirigirse la intervención a ese periodo. Una meta del trabajo de intervención preventiva que incluye medidas de procesos neurobiológicos es identificar mejor los periodos sensibles para la intervención (78).

El determinar los múltiples niveles en los cuales se engendra el cambio a través de los estudios de prevención mediante ensayos aleatorizados comparativos esclarecerá mejor los mecanismos de cambio, el grado en el cual se puede fomentar la plasticidad neural y las interrelaciones entre los procesos biológicos y psicológicos en la inadecuación, la psicopatología y la resistencia a la adversidad (79). Además, las intervenciones preventivas con el soporte empírico más detallado, basadas en las teorías multinivel integradoras de la normalidad, la psicopatología y la resistencia a la adversidad, se pueden implantar en estudios de eficacia en la población o en contextos de la vida real para llegar al número más amplio de personas y prevenir, aliviar y finalmente curar a quienes padecen trastornos psiquiátricos (80). Por otra parte, la inclusión de evaluaciones biológicas en las valoraciones de las intervenciones concebidas para fomentar la resistencia a la adversidad permitirán a los científicos descubrir si los diversos componentes de las intervenciones multifacéticas ejercen un impacto diferente en sistemas cerebrales separados. Por consiguiente, es posible conceptualizar las intervenciones satisfactorias que favorecen la resistencia a la adversidad como ejemplos de plasticidad neural dependiente de la experiencia.

Por último, aunque el consenso es que la resistencia a la adversidad es un concepto de desarrollo dinámico que, en teoría, es posible durante todo el curso de la vida, es importante verificar si el periodo de intervenciones que favorecen la resistencia a la adversidad es una variable decisiva que merezca evaluación. En concreto, será muy importante saber si las intervenciones que favorecen la resistencia son más eficaces cuando se implantan en los primeros años de vida. Así mismo, ¿tienen más posibilidades estas intervenciones de lograr su meta de favorecer la resistencia a la adversidad si se instauran lo más cerca posible de la identificación del episodio o experiencia adversos? La incorporación de una perspectiva de múltiples niveles de análisis permitirá a los científicos determinar si, por ejemplo, las intervenciones que favorecen la resistencia implantadas en los primeros años de vida son mejores para el desarrollo y el funcionamiento del cerebro, aun cuando ocurra la mejoría en individuos que reciben intervenciones que facilitan la resistencia a una edad más avanzada o que reciban sus intervenciones en un tiempo más distante de sus episodios adversos o experiencias traumáticas.

## CONCLUSIONES

Es importante hacer notar que la necesidad de una perspectiva multinivel en la investigación de la resistencia a la adversidad y las intervenciones que favorecen la resistencia —que

incluye lo decisivo de llevar a cabo valoraciones genéticas y neurobiológicas lo mismo que conductuales— no reduce la resistencia biológica, no digamos a una sola variable biológica. La inclusión de una perspectiva multinivel en torno a la resistencia no debiera remontar a los científicos y a los médicos al tiempo en que algunos se identificaban con el punto de vista de que eran niños «invulnerables». La incorporación de una perspectiva multinivel en la investigación sobre la resistencia a la adversidad exige aún el apego a una perspectiva dinámica y transaccional que respete la importancia del contexto.

Nos encontramos en medio de un periodo verdaderamente interesante para la investigación de las vías que conducen al funcionamiento resistente en individuos que han experimentado gran adversidad y traumatismo. Los avances en genómica, epigenética, imágenes cerebrales y técnicas de análisis hormonal e inmunológico harán contribuciones importantes para impulsar el mayor conocimiento sobre los procesos de desarrollo que conducen a la resistencia a la adversidad (11,12). Tal mejor comprensión tiene un gran potencial para el desarrollo y la implantación de intervenciones novedosas, tal vez incluso individualizadas, que favorezcan la resistencia a la adversidad en los niños con alto riesgo y en los adultos que no están funcionando bien a causa de experiencias de adversidad y traumatismo. Para comprender plenamente de qué manera los individuos logran un funcionamiento resistente ante la adversidad, es de nuestra incumbencia investigarlo con un nivel de complejidad correspondiente.

## Agradecimientos

La investigación para este artículo fue financiada por donaciones del National Institute of Mental Health (MH083979) y la Spunk Fund, Inc.

## Bibliografía

- Cicchetti D. Development and psychopathology. In: Cicchetti D, Cohen DJ (eds). *Developmental psychopathology*, Vol. 1. New York: Wiley, 2006:1-23.
- Gunnar MR, Vazquez D. Stress neurobiology and developmental psychopathology. In: Cicchetti D, Cohen D (eds). *Developmental psychopathology*, Vol. 2. New York: Wiley, 2006:533-77.
- Cicchetti D, Schneider-Rosen K. An organizational approach to childhood depression. In: Rutter M, Izard C, Read P (eds). *Depression in young people, clinical and developmental perspectives*. New York: Guilford, 1986:71-134.
- Cicchetti D, Lynch M. Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: consequences for children's development. *Psychiatry* 1993;56:96-118.
- Cicchetti D, Rogosch FA. Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Dev Psychopathol* 1996;8:597-600.
- Ialongo N, Rogosch FA, Cicchetti D et al. A developmental psychopathology approach to the prevention of mental health disorders. In: Cicchetti D, Cohen D (eds). *Developmental psychopathology*, Vol. 1. New York: Wiley, 2006:968-1018.
- Luthar SS. Resilience in development: a synthesis of research across five decades. In: Cicchetti D, Cohen D (eds). *Developmental psychopathology*, Vol. 3. New York: Wiley, 2006:739-95.
- Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev* 2000;71:543-62.
- Masten AS, Best K, Garmezy N. Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity. *Dev Psychopathol* 1990;2:425-44.
- Charney D. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *Am J Psychiatry* 2004;161:195-216.
- Curtis WJ, Cicchetti D. Moving research on resilience into the 21st century: theoretical and methodological considerations in examining the biological contributors to resilience. *Dev Psychopathol* 2003;15:773-810.
- Masten AS. Resilience in developing systems: progress and promise as the fourth wave rises. *Dev Psychopathol* 2007;19:921-30.
- Egeland B, Carlson EA, Sroufe LA. Resilience as process. *Dev Psychopathol* 1993;5:517-28.
- Masten AS. Ordinary magic: resilience processes in development. *Am Psychol* 2001;56:227-38.
- Cicchetti D, Garmezy N. Milestones in the development of resilience. *Dev Psychopathol* 1993;5:497-774.
- Garmezy N. Vulnerability research and the issue of primary prevention. *Am J Orthopsychiatry* 1971;41:101-16.
- Werner E, Smith R. *Vulnerable but invincible: a study of resilient children*. New York: McGraw-Hill, 1982.
- Werner E, Smith R. *Overcoming the odds: high-risk children from birth to adulthood*. Ithaca: Cornell University Press, 1992.
- Garmezy N, Streitan S. Children at risk: conceptual models and research methods. *Schizophr Bull* 1974;9:55-125.
- Rutter M. Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br J Psychiatry* 1985;128:493-509.
- Garmezy N, Rutter M. *Stress, coping and development in children*. New York: McGraw-Hill, 1983.
- Pavenstedt E. A comparison of the childrearing environment of upper- lower and very low class families. *Am J Orthopsychiatry* 1965;35:89-98.
- Zigler E, Glick M. *A developmental approach to adult psychopathology*. New York: Wiley, 1986.
- Garmezy N. The study of competence in children at risk for severe psychopathology. In: Anthony EJ, Koupernik C (eds). *The child in his family: children at psychiatric risk*, Vol. 3. New York: Wiley, 1974:77-97.
- Masten AS, Garmezy N. Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In: Lahey B, Kazdin A (eds). *Advances in clinical child psychology*, Vol. 8. New York: Plenum, 1985:1-52.
- Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL. Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Dev Psychopathol* 2006;18:623-50.
- Luthar SS, Cicchetti D. The construct of resilience: implications for intervention and social policy. *Dev Psychopathol* 2000;12:857-85.
- Toth SL, Rogosch FA, Manly JT, Cicchetti D. The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the Young offspring of mothers with major depressive disorder. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:1006-16.
- Toth SL, Cicchetti D. Developmental psychopathology and child psychotherapy. In: Russ S, Ollendick T (eds). *Handbook of psychotherapies with children and families*. New York: Plenum, 1999:15-44.
- Kellam SG, Rebok GW. Building developmental and etiological theory through epidemiologically based preventive intervention trials. In: McCord J, Tremblay RE (eds). *Preventing antisocial behavior: interventions from birth through adolescence*. New York: Guilford, 1992:162-95.
- Hinshaw SP. Intervention research, theoretical mechanisms, and causal processes related to externalizing behavior problems. *Dev Psychopathol* 2002;14:789-818.
- Cicchetti D, Rogosch FA. The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Dev Psychopathol* 1997;9:799-817.
- Feder A, Nestler EJ, Charney DS. Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nat Rev Neurosci* 2009;10:446-57.
- Cicchetti D. The impact of social experience on neurobiological systems: illustration from a constructivist view of child maltreatment. *Cogn Dev* 2002;17:1407-28.
- Johnson MH. The neural basis of cognitive development. In: Kuhn D, Siegler R (eds). *Handbook of child psychology: cognition, perception, and language*. New York: Wiley, 1998:1-49.

36. Segalowitz SJ. Developmental psychology and brain development: a historical perspective. In: Dawson G, Fischer KW (eds). *Human behavior and the developing brain*. New York: Guilford, 1994:67-92.
37. Cicchetti D, Blender JA. A multiple-levels-of-analysis perspective on resilience: implications for the developing brain, neural plasticity, and preventive interventions. *Ann N Y Acad Sci* 2006;1094:248-58.
38. Masten AS, Cicchetti D. Developmental cascades. *Dev Psychopathol* 2010;22:491-5.
39. Cicchetti D. A multiple-levels-of-analysis perspective on research in development and psychopathology. In: Beauchaine TP, Hinshaw SP (eds). *Child and adolescent psychopathology*. New York: Wiley, 2008:27-57.
40. Albright TD, Jessell TM, Kandel ER et al. Neural science: a century of progress and the mysteries that remain. *Cell* 2000;100:S1-S55.
41. Cicchetti D, Valentino K. An ecological transactional perspective on child maltreatment: failure of the average expectable environment and its influence upon child development. In: Cicchetti D, Cohen D (eds). *Development and psychopathology*, Vol. 3. New York: Wiley, 2006:129-201.
42. Cicchetti D, Gunnar MR. Integrating biological processes into the design and evaluation of preventive interventions. *Dev Psychopathol* 2008;20:737-1021.
43. Cyr C, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ et al. Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: a series of meta-analyses. *Dev Psychopathol* 2010;22:87-108.
44. Block J, Block JH. The role of ego-control and ego-resilience in the organization of behavior. In: Collins WA (ed). *The Minnesota symposia on child psychology: development of cognition, affect, and social relations*. Hillsdale: Erlbaum, 1980:39-101.
45. Cicchetti D, Cannon TD. Neurodevelopmental processes in the ontogenesis and epigenesis of psychopathology. *Dev Psychopathol* 1999;11:375-93.
46. Gottlieb G. Probabilistic epigenesis. *Dev Sci* 2007;10:1-11.
47. Thelen E, Smith LB. Dynamic systems theories. In: Damon W, Lerner R (eds). *Handbook of child psychology: theoretical, models of human development*. New York: Wiley, 1998:563-634.
48. Davidson RJ. Affective style, psychopathology, and resilience: brain mechanisms and plasticity. *Am Psychol* 2000;55:1196-214.
49. Buckner JC, Mezzacappa E, Beardslee WR. Characteristics of resilient youths living in poverty: the role of self-regulatory processes. *Dev Psychopathol* 2003;15:139-62.
50. Masten AS. Humor and competence in school-aged children. *Child Dev* 1986;57:461-73.
51. Curtis WJ, Cicchetti D. Emotion and resilience: a multi-level investigation of hemispheric electroencephalogram asymmetry and emotion regulation in maltreated and non-maltreated children. *Dev Psychopathol* 2007;19:811-40.
52. Cicchetti D, Rogosch FA. Personality, adrenal steroid hormones, and resilience in maltreated children: a multi-level perspective. *Dev Psychopathol* 2007;19:787-809.
53. Majewska MD. Neuronal actions of the dehydroepiandrosterone: possible roles in brain development, aging, memory and affect. *Ann N Y Acad Sci* 1995;774:111-20.
54. Lupien SJ, Ouellet-Morin I, Hupbach A et al. Beyond the stress concept: allostatic load – a developmental biological and cognitive perspective. In: Cicchetti D, Cohen D (eds). *Developmental psychopathology*, Vol. 2. New York: Wiley, 2006:578-628.
55. McEwen BS, Stellar E. Stress and the individual mechanisms leading to disease. *Arch Intern Med* 1993;153:2093-101.
56. Cicchetti D, Rogosch FA. Diverse patterns of neuroendocrine activity in maltreated children. *Dev Psychopathol* 2001;13:677-94.
57. Ganzel B, Morris P, Wethington E. Allostasis and the human brain: integrating models of stress from the social and life sciences. *Psychol Rev* 2010;117:134-74.
58. Kim-Cohen J, Gold AL. Measured gene-environment interactions and mechanisms promoting resilient development. *Curr Dir Psychol Sci* 2009;18:134-42.
59. Moffitt TE, Caspi A, Rutter M. Measured gene-environment interactions in psychopathology: concepts, research strategies, and implications for research, intervention, and public understanding of genetics. *Perspect Psychol Sci* 2006;1:5-27.
60. Rutter M. *Genes and behavior: nature-nurture interplay explained*. Malden: Blackwell, 2006.
61. Rende R, Plomin R. Families at risk for psychopathology: who becomes affected and why? *Dev Psychopathol* 1993;5:529-40.
62. Belsky J, Jonassaint C, Pluess M et al. Vulnerability genes or plasticity genes? *Mol Psychiatry* 2009;14:746-54.
63. Caspi A, McClay J, Moffitt T et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002;297:851-4.
64. Caspi A, Sugden K, Moffitt T et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003;301:386-9.
65. Kim-Cohen J, Caspi A, Taylor A et al. MAOA, maltreatment, and gene-environment interaction predicting children's mental health: new evidence and a meta-analysis. *Mol Psychiatry* 2006;11:903-13.
66. Taylor A, Kim-Cohen J. Meta-analysis of gene-environment interactions in developmental psychopathology. *Dev Psychopathol* 2007;19:1029-37.
67. Cicchetti D, Rogosch FA, Sturge-Apple ML. Interactions of child maltreatment and 5-HTT and monoamine oxidase A polymorphisms: depressive symptomatology among adolescents from low-socioeconomic status background. *Dev Psychopathol* 2007;19:1161-80.
68. Cicchetti D, Tucker D. Development and self-regulatory structures of the mind. *Dev Psychopathol* 1994;6:533-49.
69. Greenough W, Black J, Wallace C. Experience and brain development. *Child Dev* 1987;58:539-59.
70. Stiles J. *The fundamentals of brain development: integrating nature and nurture*. Cambridge: Harvard University Press, 2008.
71. Kolb B, Gibb R. Early brain injury, plasticity, and behavior. In: Nelson CA, Luciana M (eds). *Handbook of developmental cognitive neuroscience*. Cambridge: MIT Press, 2001:175-90.
72. Cicchetti D, Rapaport J, Sandler I et al. *The promotion of wellness in children and adolescents*. Washington: Child Welfare League of America Press, 2000.
73. Kagan J. *Galen's prophecy: temperament in human nature*. New York: Basic Books, 1994.
74. Eisenberg L. The social construction of the human brain. *Am J Psychiatry* 1995;152:1563-75.
75. Meaney MJ, Szyf M. Environmental programming of stress responses through DNA methylation: life at the interface between a dynamic environment and a fixed genome. *Dialogues Clin Neurosci* 2005;7:103-23.
76. Kandel ER. Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry* 1999;156:505-24.
77. Nowakowski R, Bates NL. CNS development: an overview. *Dev Psychopathol* 1999; 11:395-417.
78. Zeanah CH, Nelson CA, Fox NA et al. Designing research to study the effects of institutionalization on brain and behavioral development: the Bucharest early intervention project. *Dev Psychopathol* 2003;15:885-907.
79. Cicchetti D, Curtis WJ. The developing brain and neural plasticity: implications for normality, psychopathology, and resilience. In: Cicchetti D, Cohen D (eds). *Developmental psychopathology*, Vol. 2. New York: Wiley, 2006:1-64.
80. Toth SL, Manly JT, Nilsen W. From research to practice: lessons learned. *J Appl Dev Psychol* 2008; 29:317-25.

## Fisiopatología de la depresión: ¿tenemos alguna evidencia sólida de interés para los clínicos?

GREGOR HASLER

Psychiatric University Hospital, University of Berne, Bolligenstrasse 111, 3000 Berne 60, Switzerland

*La fisiopatología del trastorno depresivo mayor ha sido difícil de dilucidar debido a su heterogeneidad clínica y etiológica. Se analizan las teorías neurobiológicas actuales con el fundamento empírico más válido y la máxima relevancia clínica para determinar sus fortalezas y debilidades. Las teorías seleccionadas están basadas en estudios en que se investiga el estrés psicosocial y las hormonas del estrés, los neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina, la dopamina, el glutamato y el ácido gamma-aminobutírico (GABA), los circuitos nerviosos, los factores neurotróficos y los ritmos circadianos. Puesto que todas las teorías de la depresión se aplican únicamente a algunos tipos de pacientes deprimidos pero no a otros, y dado que la fisiopatología de la depresión puede variar bastante durante la evolución de la enfermedad, el conocimiento existente en la actualidad se contrapone a una hipótesis unificada de la depresión. En consecuencia, los tratamientos antidepressivos, que comprenden los métodos psicológicos y biológicos, se deben ajustar a pacientes individuales y estados patológicos individuales. Se describen las hipótesis individuales de la depresión basadas en el conocimiento neurobiológico por lo que respecta a su interés tanto para los médicos en el ejercicio cotidiano como para los investigadores clínicos que descubren nuevas modalidades de tratamiento.*

**Palabras clave:** Depresión, fisiopatología, genética, estrés, serotonina, noradrenalina, dopamina, neuroimágenes, glutamato, GABA.

(*World Psychiatry* 2010;9:155-161)

El trastorno depresivo mayor (TDM) es un trastorno frecuente y costoso que por lo general se acompaña de síntomas graves y persistentes que desencadenan alteraciones importantes en el rol social y un incremento de la mortalidad (1,2). Es una de las causas más importantes de discapacidad en todo el mundo (3). La elevada tasa de tratamientos inadecuados del trastorno sigue siendo un problema importante (1).

Este análisis tiene como propósito resumir la evidencia científica sólida sobre la etiología y la fisiopatología del trastorno depresivo mayor que pueda ser pertinente para la psiquiatría clínica. Se considera que son sólidos los hallazgos neurobiológicos cuando son congruentes y convergentes, es decir, han sido confirmados por varios estudios que utilizan el mismo método y son compatibles con los resultados de estudios que utilizan los diferentes enfoques metodológicos.

### GENES Y ESTRÉS PSICOSOCIAL

Los estudios de familias, gemelos y de adopción proporcionan evidencia muy sólida y congruente de que el trastorno depresivo mayor es un trastorno familiar y que esta tendencia familiar en su mayor parte o en su totalidad se debe a factores genéticos (4). Este hallazgo importante indica que la conducta social de los progenitores y otros factores de riesgo ambientales familiares no son tan importantes en la patogenia del trastorno depresivo mayor como antes se suponía y no deben ser el principal foco del tratamiento del trastorno.

Los estudios antes mencionados una y otra vez demuestran que la influencia de los factores genéticos es de un orden aproximado de 30 a 40% (4). Los factores no genéticos, que explican el 60 a 70% restante de la varianza en la susceptibilidad al trastorno depresivo mayor, son los efectos ambientales específicos del individuo (que comprenden efectos de error de medición e interacciones genoambientales). Estos efectos son principalmente los sucesos adversos acaecidos en la infancia y el estrés persistente o reciente debido a adversidades interpersonales, entre ellas abuso sexual infantil, otros traumas en el curso de la vida, un escaso apoyo social, problemas conyugales y divorcio (5,6).

Estos resultados indican que hay un enorme potencial en la prevención del trastorno depresivo mayor por medio de intervenciones psicosociales (p. ej., en la escuela, en el trabajo). Además, estos resultados reflejan el ejercicio clínico de psicoterapias validadas empíricamente para tratar la depresión (7-9), lo que comprende psicoterapias interpersonales, psicodinámicas y cognitivas conductuales así como el sistema de psicoterapia mediante análisis cognitivo conductual, que se enfocan directa o indirectamente en las dificultades y destrezas interpersonales. Esto no descarta el hecho de que factores de riesgo no genéticos, no psicosociales, no identificados puedan también desempeñar papeles importantes en algunos pacientes. Por ejemplo, el cambio climático o los trastornos médicos.

La sensibilidad al estrés en la depresión es en parte específica de género.

Si bien los hombres y las mujeres, en general, son igualmente sensibles a los efectos depresógenos de los acontecimientos vitales estresantes, sus respuestas son muy variables dependiendo del tipo de factor estresante. En concreto, los hombres tienen más posibilidades de tener episodios de depresión después de divorcio, separación y dificultades de trabajo, en tanto que las mujeres son más sensibles a los acontecimientos en su red social próxima, por ejemplo dificultades para llevarse bien con un individuo, enfermedades importantes o muerte (10). Estos hallazgos señalan la importancia de los enfoques psicosociales sensibles al género en la prevención y el tratamiento del trastorno depresivo mayor.

En contraste con la evidencia muy sólida derivada de estudios epidemiológicos en los dominios amplios de factores de riesgo, no se dispone de evidencia sólida sobre genes específicos e interacciones genoambientales específicas en la patogenia del trastorno depresivo mayor. Los estudios de asociación de todo el genoma han señalado que muchos genes con pequeños efectos intervienen en enfermedades complejas, incrementando la dificultad para identificar tales genes (11). Si bien ha habido adelantos en la búsqueda de genes de riesgo para diversas enfermedades complejas pese a este problema metodológico (12), los trastornos psiquiátricos han resultado muy resistentes a la identificación sólida de genes. Por ejemplo, basándose en un estudio prospectivo demográfico, se ha propuesto que una variación genética específica en la región promotora del transportador de serotonina

(una diana de fármacos antidepresivos) interacciona con sucesos vitales estresantes en la patogenia de la depresión (13). Si bien esta interacción tiene una gran plausibilidad clínica y neurobiológica, un metanálisis reciente no reveló pruebas de que el gen transportador de serotonina por sí solo o en interacción con el estrés psicológico se relacionara con el riesgo de depresión (14).

El éxito limitado de estudios genéticos de la depresión se ha relacionado con el empleo de los esquemas de clasificación actuales que comprenden la ICD-10 y el DSM-IV. Estos manuales diagnósticos están basados en conglomerados de síntomas y características de evolución clínica que no necesariamente describen trastornos homogéneos sino más bien reflejan vías finales comunes de diferentes procesos fisiopatológicos (15,16). El médico debe estar al tanto de que los antecedentes familiares seguirán siendo la fuente de información más sólida para calcular el riesgo genético del trastorno depresivo mayor.

## HORMONAS RELACIONAS CON EL ESTRÉS Y CITOCINAS

La hormona liberadora de corticotropina (CRH) es liberada por el hipotálamo en respuesta a la percepción del estrés psicológico por las regiones corticales del cerebro. Esta hormona activa la secreción de corticotropina hipofisaria, que estimula a la glándula suprarrenal para que libere cortisol hacia el plasma. La respuesta fisiológica al estrés en parte es específica de género: las mujeres por lo general muestran una mayor reactividad al estrés que los hombres, lo cual es compatible con la mayor frecuencia de depresión mayor en las mujeres (17). Así mismo, los hombres muestran respuestas de cortisol más intensas a las dificultades para los logros, en tanto que las mujeres muestran mayores respuestas de cortisol a las dificultades del rechazo social (18).

Aunque el trastorno depresivo mayor se considera como un trastorno por estrés, la mayoría de las personas tratadas de un trastorno depresivo mayor no tienen indicios de disfunciones del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal (HPA) (19). Sin embargo, algunas personas con trastorno depresivo mayor muestran anomalías de este eje y del sistema de CRH extrahipotalámico (20). Las alteraciones de la secreción de la hormona del estrés al parecer son más prominentes en personas deprimidas con un antecedente

de traumatismo en la infancia (21). El incremento de las concentraciones de cortisol puede hacer las veces de un mediador entre la depresión mayor y sus consecuencias físicas a largo plazo, tales como cardiopatía coronaria, diabetes de tipo 2 y osteoporosis (22).

La importancia de la disfunción del eje HPA para la eficacia de los antidepresivos es cuestión debatida (23). Este eje es regulado a través de un sistema doble de receptores de mineralocorticoide (RMC) y glucocorticoide (RG). La disminución de la función del receptor límbico (24,25) y el aumento de la actividad funcional del sistema RM (26) señalan un desequilibrio en el cociente RM/RG en los trastornos relacionados con el estrés tales como el trastorno depresivo mayor. La regulación epigenética de los receptores de glucocorticoide se ha relacionado con abuso en la infancia (27). Tal programación ambiental de la excreción génica puede representar un posible mecanismo que vincule el estrés en las primeras etapas de la vida a la disfunción del eje HPA y al incremento del riesgo de trastorno depresivo mayor en los adultos.

Si bien la prueba de estimulación de CRH (dex/prueba de CRH) (28) es una medida sensible de la disfunción del eje HPA en la depresión, es escasa la especificidad de esta prueba para el trastorno depresivo mayor. Sin embargo, la falta de supresión en la prueba dex/CRH ha pronosticado invariablemente el incremento del riesgo de recaídas depresivas durante la remisión clínica (23). Además, se ha demostrado que la determinación de la concentración de cortisol salival en horas de vigilia es una prueba simple y sensible de la hiperactividad del eje HPA en la depresión (29). La hipercortisolemia casi exclusivamente se encuentra en personas con depresión grave y psicótica en quienes los antagonistas de glucocorticoide pueden tener algún efecto terapéutico (30).

Hay pruebas convergentes de que la CRH juega un papel importante en la patogenia de algunos tipos de depresión. Las concentraciones de CRH en el líquido cefalorraquídeo están elevadas en algunos sujetos deprimidos (31). Los estudios postmortem han referido un número creciente de neuronas secretoras de CRH en las regiones cerebrales límbicas de las pacientes con depresión (32), lo cual posiblemente refleja una respuesta compensadora al incremento de las concentraciones de CRH (33). Además, la CRH produce diversas alteraciones fisiológicas y conductuales que se parecen

a las de los síntomas de depresión mayor y comprenden disminución del apetito, alteraciones del sueño, disminución de la libido y alteraciones psicomotrices (34). Así mismo, se dispone de pruebas preliminares indicativas de que los antagonistas del receptor CRH1 reducen los síntomas de depresión y ansiedad (35).

La «conducta de enfermedad» como resultado de una activación del sistema de respuesta inflamatoria comparte muchos síntomas con la depresión, entre otros, fatiga, anhedonia, y alteraciones cognitivas. La enfermedad es mediada por citocinas proinflamatorias tales como interleucina-1 $\alpha$ , factor de necrosis tumoral  $\alpha$  e interleucina-6, que activan el eje HPA y alteran el sistema de serotonina central (36). La prevalencia de la depresión como un efecto adverso de interferones recombinantes es en torno a 30% (37). En los animales, el bloqueo de la señalización mediada por citocinas proinflamatorias produce efectos parecidos a los antidepresivos (38). Los datos clínicos indican que las citocinas pueden jugar un papel en la fisiopatología de un subgrupo de individuos deprimidos, sobre todo los que tienen trastornos físicos concomitantes (36). El efecto intensificador antidepresivo del ácido acetilsalicílico (39) apunta hacia la posible importancia clínica de la psiconeuroinmunología en la investigación sobre la depresión clínica.

Considerados en conjunto, los análisis de laboratorio con el máximo potencial de tener una utilidad clínica en el caso de individuos deprimidos, están basados en las anomalías de los sistemas neuroendocrino y neuroinmunitario. Pese a la gran cantidad de datos derivados de las ciencias básicas que indican que el eje HPA interviene de manera importante en la fisiopatología de la depresión, el efecto de la modulación farmacológica de este sistema neuroendocrino como tratamiento antidepresivo, también se ha desalentado. El vínculo entre el traumatismo infantil y un sistema de estrés fisiológico con alteraciones permanentes señala el empleo de psicoterapias específicas en el tratamiento de los pacientes con depresión y con un antecedente de trauma en las primeras etapas de la vida (40).

## LA FUNCIÓN MEDIADORA DE LAS MONOAMINAS

La mayor parte de las neuronas serotoninérgicas, noradrenérgicas y dopaminérgicas están situadas en el mesencéfalo

lo y en los núcleos del tronco encefálico y se proyectan hacia zonas extensas de todo el cerebro. Esta anatomía señala que los sistemas monoaminérgicos intervienen en la regulación de una amplia gama de funciones cerebrales, tales como el estado de ánimo, la atención, el procesamiento de la recompensa, el sueño, el apetito y la cognición. Se ha demostrado que casi todo compuesto que inhiba a la recaptación de monoaminooxidasa, que lleve a un incremento de la concentración de monoaminas en la hendidura sináptica, es un antidepresivo eficaz (19). La inhibición de la enzima monoaminooxidasa que desencadena una mayor disponibilidad de las monoaminas en las neuronas presinápticas, también tiene efectos antidepresivos. Estas observaciones condujeron a la teoría de la depresión farmacológicamente más pertinente, que se conoce como la hipótesis de la deficiencia de la monoamina.

La teoría de la deficiencia de monoamina plantea que la base fisiopatológica subyacente de la depresión es un agotamiento de los neurotransmisores serotonina, noradrenalina o dopamina en el sistema nervioso central.

La serotonina es el neurotransmisor más ampliamente estudiado en la depresión. Las pruebas más directas de una función anormalmente reducida del sistema serotoninérgico central se deriva de estudios que utilizan el agotamiento de triptófano, el cual reduce la síntesis de serotonina central. Tal reducción conduce al desarrollo de síntomas depresivos en sujetos con más riesgo de depresión (individuos con trastorno depresivo mayor en plena remisión, individuos sanos con un antecedente familiar de depresión) (41,42), posiblemente mediado por el incremento del metabolismo cerebral en la corteza prefrontal ventromedial y en las regiones subcorticales del cerebro (42). La reducción experimental de la serotonina central se ha relacionado con un sesgo de la memoria congruente con el estado de ánimo, alteraciones de las conductas relacionadas con recompensa y abolición del procesamiento afectivo inhibitorio (16), todo lo cual se añade a la plausibilidad clínica de la hipótesis de la deficiencia de serotonina. Así mismo, se dispone de indicios de anomalías de los receptores de serotonina en la depresión, y las pruebas más sólidas apuntan al receptor de serotonina 1A, que regula la función de la serotonina. La menor disponibilidad de este receptor se ha observado en múltiples regiones cerebra-

les con pacientes de trastorno depresivo mayor (43), aunque esta anomalía no es muy específica del trastorno y se ha observado en pacientes con trastorno por pánico (44) o epilepsia del lóbulo temporal (45), lo cual posiblemente contribuye a la comorbilidad considerable entre estos trastornos. Sin embargo, no hay una explicación para el mecanismo de la pérdida de serotonina en los pacientes deprimidos y los estudios sobre los metabolitos de la serotonina en plasma, orina y líquido cefalorraquídeo, así como las investigaciones postmortem sobre el sistema serotoninérgico en la depresión, han generado resultados contradictorios. Se dispone de evidencia preliminar de un incremento de la disponibilidad de la monoaminooxidasa cerebral, que metaboliza la serotonina, y puede causar deficiencia de esta última (46). Además, las mutaciones con pérdida de función en el gen que codifica la enzima específica del cerebro, triptófano hidroxilasa-2, explican la pérdida de la producción de serotonina como un factor de riesgo infrecuente en la depresión (47).

Se ha hipotetizado que la disfunción del sistema noradrenérgico central desempeña un papel en la fisiopatología del trastorno depresivo mayor, basándose en pruebas de una disminución del metabolismo de la noradrenalina, un aumento de la actividad de la tirosina hidroxilasa y una disminución de la densidad del transportador de noradrenalina en el locus ceruleus de pacientes deprimidos (48). Además, la disminución de los recuentos neuronales en el locus ceruleus, el incremento de la densidad de receptor  $\alpha$ -2 adrenérgico y la disminución de la densidad del receptor  $\alpha$ -1 adrenérgico se han encontrado postmortem en los cerebros de víctimas de suicidio deprimidas (49). Puesto que no se cuenta con ningún método para agotar de manera selectiva la noradrenalina central y ninguna herramienta para estudiar el sistema de la noradrenalina central, se carece de pruebas sólidas de anomalías en este sistema en los pacientes con depresión.

Si bien las teorías clásicas de la neurobiología de la depresión se enfocaban principalmente en la serotonina y la adrenalina, cada vez hay más interés en el papel de la dopamina (50). Los inhibidores de la recaptación de la dopamina (p. ej., nomifensina) y de agonistas del receptor de la dopamina (p. ej., pramipexol) tuvieron efectos antidepresivos en estudios comparativos con placebo que se llevaron a cabo en pacientes con tras-

torno depresivo mayor (51). En el líquido cefalorraquídeo y en el plasma de la vena yugular, las concentraciones de los metabolitos de la dopamina se redujeron constantemente en la depresión, lo que indica una disminución del recambio de dopamina (52). La fijación del transportador de dopamina en el cuerpo estriado y la captación de dopamina estaban reducidas en el trastorno depresivo mayor, lo cual es compatible con una disminución de neurotransmisión de dopamina (53). La degeneración de las proyecciones de dopamina hacia el cuerpo estriado en la enfermedad de Parkinson se relacionó con un síndrome depresivo mayor en casi la mitad de los casos, lo cual por lo general precedió a la aparición de signos motores (54). En condiciones experimentales, la reducción de la transmisión dopaminérgica hacia el núcleo accumbens se ha asociado a síntomas de anhedonia y disfunciones del desempeño en una tarea de procesamiento de recompensas en sujetos con más riesgo de depresión (55,56). Estos hallazgos son compatibles con la observación clínica de que los pacientes deprimidos tienen una reacción atenuada a los reforzadores positivos y una respuesta anormal a la retroalimentación negativa (57).

Casi todos los antidepresivos establecidos se dirigen a los sistemas de las monoaminas (58). Sin embargo, la resistencia completa y parcial a estos fármacos y su inicio de acción retrasado señalan que las disfunciones de los sistemas de neurotransmisor monoaminérgico que se observan en el trastorno depresivo mayor representan los efectos corriente abajo de otras anomalías más primarias. Pese a esta limitación, la hipótesis de la deficiencia de monoaminas ha resultado ser la teoría neurobiológica de la depresión con más relevancia clínica. Nuevos hallazgos sobre el papel de la dopamina en la depresión resaltan el potencial científico de esta teoría y subrayan su importancia clínica los informes promisorios de los efectos antidepresivos de fármacos que modulan el sistema dopaminérgico (p. j., pramipexol, modafinilo) en la depresión difícil de tratar (51,59).

## LAS NEUROIMÁGENES DE LA DEPRESIÓN

Aunque han fracasado muchos esfuerzos históricos por identificar las sedes de las funciones mentales, han contribuido considerablemente a una comprensión neurocientífica moderna de los trastornos

mentales (60). El desarrollo de técnicas de neuroimágenes ha abierto el potencial para investigar anomalías estructurales y funcionales en pacientes deprimidos. Lamentablemente, la diversidad de las técnicas de imágenes que se utilizan, las muestras de estudio relativamente pequeñas y heterogéneas y la implicación limitada de los resultados en los diferentes paradigmas de imágenes (61) dificultan la identificación fiable de regiones neuronales o redes con una estructura o función uniformemente anormales en el trastorno depresivo mayor.

Los estudios de imágenes funcionales son los que han proporcionado datos superpuestos muy limitados. Esto puede deberse a las limitaciones metodológicas o a la complejidad de los circuitos que intervienen en el trastorno depresivo mayor. Un estudio metanalítico reciente demostró los mejores indicios de la actividad cerebral anormal en las cortezas frontal lateral y temporal, la ínsula y el cerebelo de los pacientes con TDM. En estas regiones cerebrales la actividad estaba reducida en reposo, mostraban una falta relativa de activación durante la inducción de las emociones negativas y un incremento de la actividad después del tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina. Pueden existir cambios opuestos en zonas frontales ventromediales, el cuerpo estriado y posiblemente en otras regiones subcorticales del cerebro (61).

Las imágenes estructurales y los estudios postmortem han proporcionado pruebas más sólidas. Un estudio metanalítico reciente sobre las anomalías del volumen cerebral en el trastorno depresivo mayor reveló reducciones de volumen relativamente considerables en la corteza prefrontal ventromedial, sobre todo en el cíngulo anterior izquierdo y en la corteza orbitofrontal. Se encontraron reducciones de volumen moderadas en la corteza prefrontal lateral, el hipocampo y el cuerpo estriado (62). Los estudios postmortem identificaron una y otra vez una reducción en la densidad de las células de la glia en las cortezas dorsal, orbitaria y prefrontal subgenual, así como en las amígdalas (63,64).

Estudios generales, funcionales, estructurales y postmortem señalan que las anomalías estructurales y funcionales en la corteza cingulada subgenual izquierda constituyen el hallazgo neuroanatómico más sólido en el trastorno depresivo mayor. La reducción del volumen en esta región se descubrió en las primeras eta-

pas de la enfermedad y en adultos jóvenes con alto riesgo familiar de trastorno depresivo mayor (65), lo que indica una anomalía neurobiológica primaria relacionada con la etiología de la enfermedad. Las personas con lesiones que comprenden la corteza prefrontal subgenual mostraron respuestas autonómicas anormales a los estímulos sociales (66) y las ratas con lesiones del lado izquierdo en esta región tuvieron un incremento de la excitación simpática y de las respuestas de corticosterona al estrés por sujeción (67). Cabe destacar que la estimulación crónica de las regiones profundas del cerebro para reducir la actividad potencialmente elevada en la corteza cingulada subgenual produjo beneficios clínicos en los pacientes con depresión resistente al tratamiento (68). En resumen, pese a la considerable heterogeneidad de los hallazgos derivados de estudios de neuroimágenes, hay pruebas convergentes de la presentación de anomalías en la corteza prefrontal subgenual en algunos pacientes con trastorno depresivo mayor. La investigación neuroanatómica en la depresión reviste gran interés clínico, pues tratamientos antidepresivos nuevos como la estimulación profunda del cerebro deben dirigirse a regiones cerebrales específicas. Además, hay indicios promisorios de que los hallazgos en las neuroimágenes pronostican la posibilidad de respuestas a fármacos específicos (69).

### LA HIPÓTESIS NEUROTRÓFICA DE LA DEPRESIÓN

Los factores de riesgo para los episodios depresivos se modifican durante la evolución de la enfermedad. El primer episodio depresivo suele ser «reactivo», es decir, desencadenado por factores psicosociales estresantes importantes, en tanto que los episodios subsiguientes se vuelven cada vez más «endógenos», desencadenados por factores estresantes leves o que ocurren en forma espontánea (70). Existen pruebas congruentes de que la pérdida de volumen del hipocampo y otras regiones del cerebro está relacionada con la duración de la depresión (71), lo que indica que la depresión no tratada desencadena una pérdida del volumen del hipocampo, lo cual posiblemente da por resultado un aumento de la sensibilidad al estrés (72) y un incremento del riesgo de recidiva (73).

Se han propuesto la neurotoxicidad de glucocorticoides, la toxicidad glutamatérgica y la reducción de los factores

neurotróficos así como la disminución de la neurogénesis como posibles mecanismos que explican la pérdida de volumen cerebral en la depresión. No hay pruebas sólidas de ninguno de estos mecanismos, ya que no hay estudios por imágenes para explorar directamente los procesos neurotóxicos y neurotróficos in vivo. El factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF, por sus siglas en inglés) ha atraído considerable interés. En concreto, estudios preclínicos han demostrado correlaciones entre las conductas depresivas provocadas por el estrés y las disminuciones de las concentraciones de BDNF en el hipocampo, así como un aumento en la expresión de BDNF después del tratamiento antidepresivo (74). El médico debe estar al tanto del efecto potencialmente dañino del cerebro que tiene la depresión y tratar a los pacientes deprimidos lo más temprano y eficaz que sea posible.

### ALTERACIONES DE LA NEUROTRANSMISIÓN GLUTAMATÉRGICA Y GABAÉRGICA

Una serie de estudios de espectroscopia con resonancia magnética demostraron constantemente reducciones de las concentraciones totales de ácido  $\gamma$ -aminobutírico (GABA) en la corteza prefrontal y la occipital de pacientes con depresión aguda (75). Esto tal vez refleja los efectos del estrés agudo, ya que el estrés psicológico parece desencadenar una regulación por decremento presináptica de la neurotransmisión GABAérgica prefrontal (76). Una alternativa es que las concentraciones totales bajas de GABA reflejen la reducción de la densidad y el tamaño de las interneuronas GABAérgicas (77). Además, el estrés crónico puede reducir la función del receptor GABA-A, posiblemente a través de cambios en la síntesis de esteroides neuroactivos (78). Pruebas contradictorias con respecto a la hipótesis de la participación del GABA en la depresión comprenden la falta de efectos de los fármacos GABAérgicos sobre los síntomas depresivos centrales (79) y las concentraciones prefrontales normales de GABA en sujetos con trastorno depresivo mayor en remisión (80).

Varias series de pruebas indican una disfunción del sistema de neurotransmisor de glutamato en el trastorno depresivo mayor: una sola dosis del antagonista del receptor de glutamato N-metil-D-aspartato (NDMA) ketamina produjo efectos antidepresivos rápidos y considerables en pacientes con trastorno depresivo

**Tabla 1** Hipótesis neurobiológicas clínicamente pertinentes y el trastorno depresivo mayor (TDM)

Hipótesis	Principal fortaleza	Principal debilidad
Vulnerabilidad genética	Pruebas sólidas de estudios de gemelos indicativas de que 30 a 40% del riesgo para el TDM es genético	No se ha identificado de manera fiable un gen específico sobre el riesgo de TDM o la interacción genoambiental
Alteraciones de la actividad del eje HPA	Explicación plausible del estrés temprano y reciente como un factor de riesgo para el TDM	No hay efectos antidepresivos uniformes de los fármacos dirigidos al eje HPA
Deficiencia de monoaminas	Casi todo fármaco que inhibe la recaptación de monoamina tiene propiedades antidepresivas	La deficiencia de monoamina posiblemente es un efecto secundario corriente abajo de otras anomalías más primarias
Disfunción de regiones cerebrales específicas	La estimulación de regiones cerebrales específicas puede producir efectos antidepresivos	La bibliografía sobre estudios por neuroimágenes en el TDM proporciona una imbricación limitada de los resultados
Procesos neurotóxicos y neurotróficos	La explicación plausible de «astillas» y pérdida del volumen cerebral durante la evolución de la enfermedad depresiva	No se dispone de pruebas en seres humanos de mecanismos neurobiológicos específicos
Reducción de la actividad GABAérgica	Pruebas convergentes de espectroscopia de resonancia magnética y estudios postmortem	No hay ningún efecto antidepresor congruente de fármacos dirigidos al sistema GABA
Pérdida de la regulación del sistema de glutamato	Efectos potencialmente rápidos y robustos de fármacos dirigidos al sistema de glutamato	Especificidad cuestionable, ya que el glutamato interviene en casi toda actividad cerebral
Alteraciones de los ritmos circadianos	La modificación de los ritmos circadianos (p. ej., privación del sueño) puede tener una eficacia antidepresiva	No hay una comprensión molecular del vínculo entre las alteraciones del ritmo circadiano y el TDM

HPA, hipotálamo-hipofisario-suprarrenal; GABA, ácido  $\alpha$ -aminobutírico.

mayor resistente al tratamiento (81); los inhibidores de la liberación de glutamato (p. ej., lamotrigina, riluzol) mostraron propiedades antidepresivas (82); se detectaron concentraciones anormales de glutamato en sujetos deprimidos según se determinaron mediante espectroscopia de resonancia magnética (75); y hay indicios de una señalización de NMDA anormal en los preparados de tejido postmortem (83). Puesto que el glutamato es el principal neurotransmisor excitador que interviene en casi toda la actividad del cerebro, conviene investigar más la caracterización del papel específico del glutamato en la depresión (p. ej., hay indicios promisorios de que el receptor metabótrofo de glutamato 5 interviene específicamente en el trastorno depresivo mayor (84)).

## RITMOS CIRCADIANOS

Las alteraciones del sueño y la fatiga diurna constituyen criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor, que señalan alteraciones de la regulación del sueño y el despertar en los pacientes deprimidos.

Además, algunos síntomas depresivos pueden presentar una variación diurna (estado afectivo, actividad psicomotriz, accesibilidad de las memorias de experiencias positivas y negativas) y un subgrupo de pacientes con trastorno depresivo mayor puede tener un trastorno del ritmo circadiano (85). En personas sanas jóvenes, los cambios moderados en los periodos del ciclo de sueño y vigilia tuvieron efectos específicos sobre el estado de ánimo subsiguiente (86). En los pacientes depri-

midos, las modificaciones de los ritmos circadianos (luminoterapia, privación de sueño, tratamiento de fase avanzada) pueden tener eficacia antidepresiva.

Basándose en estos hallazgos, se ha hipotetizado que las anomalías circadianas tienen una relación causal con el trastorno depresivo mayor (16). La relación entre la fase avanzada del ciclo de sueño y vigilia y los avances de fase en la secreción nocturna de cortisol; la latencia abreviada de los movimientos oculares rápidos en algunos sujetos con trastorno depresivo mayor; y el efecto de los antidepresivos sobre los ritmos circadianos de la conducta, la fisiología y la endocrinología contribuyen al fundamento biológico de esta hipótesis (85,87,88). Pese a los múltiples hallazgos promisorios, se desconocen en gran parte los fundamentos moleculares y genéticos de esta hipótesis. Todavía no se ha determinado si los efectos antidepresivos de nuevos tratamientos como la agomelatina se relacionan directamente con la normalización de los ritmos circadianos (87).

## CONCLUSIONES

Las principales fortalezas y debilidades de las diversas hipótesis neurobiológicas de la depresión se resumen en el cuadro 1. Las múltiples teorías de la depresión y la tasa de respuesta relativamente baja a todos los tratamientos antidepresivos disponibles constituyen un argumento claro en contra de una hipótesis unificada de la depresión y señalan que la depresión es un trastorno clínica y etiológicamente heterogéneo.

Esto fomenta la investigación sobre los factores pronósticos de la respuesta a las intervenciones terapéuticas utilizando biomarcadores como los estudios por neuroimágenes y las pruebas neuroendocrinas en combinación con la genotipificación para determinar la variabilidad interindividual con respecto a la sensibilidad al estrés y la acción de fármacos antidepresivos.

La identificación de indicadores fiables de los desenlaces terapéuticos permitirá el desarrollo de una medicina personalizada que tiene el potencial de ajustar en forma individual las intervenciones y abrir nuevos caminos para la evaluación de nuevos métodos terapéuticos.

## Bibliografía

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003;289:3095-105.
2. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ et al. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *J Affect Disord* 2002;68:167-81.
3. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M et al. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet* 2006;367:1747-57.
4. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2000;157:1552-62.
5. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental-model for major depression in men. *Am J Psychiatry* 2006;163:115-24.

6. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *Am J Psychiatry* 2002;159:1133-45.
7. Elkin I, Shea MT, Watkins JT et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:971-82.
8. Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:1208-16.
9. Thase ME, Rush AJ, Manber R et al. Differential effects of nefazodone and cognitive behavioral analysis system of psychotherapy on insomnia associated with chronic forms of major depression. *J Clin Psychiatry* 2002;63:493-500.
10. Kendler KS, Thornton LM, Prescott CA. Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *Am J Psychiatry* 2001;158:587-93.
11. Donnelly P. Progress and challenges in genome-wide association studies in humans. *Nature* 2008;456:728-31.
12. Wellcome Trust Case Control Consortium. Genome-wide association study of 14,000 cases of seven common diseases and 3,000 shared controls. *Nature* 2007;447:661-78.
13. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003;301:386-9.
14. Risch N, Herrell R, Lehner T et al. Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression: a meta-analysis. *JAMA* 2009;301:2462-71.
15. Hasler G, Drevets WC, Gould TD et al. Toward constructing an endophenotype strategy for bipolar disorders. *Biol Psychiatry* 2006;60:93-105.
16. Hasler G, Drevets WC, Manji HK et al. Discovering endophenotypes for major depression. *Neuropsychopharmacology* 2004;29:1765-81.
17. Young EA. Sex differences and the HPA axis: implications for psychiatric disease. *J Gen Specif Med* 1998;1:21-7.
18. Stroud LR, Salovey P, Epel ES. Sex differences in stress responses: social rejection versus achievement stress. *Biol Psychiatry* 2002;52:318-27.
19. Belmaker RH, Agam G. Major depressive disorder. *N Engl J Med* 2008;358:55-68.
20. Pariante CM, Lightman SL. The HPA axis in major depression: classical theories and new developments. *Trends Neurosci* 2008; 31:464-8.
21. Heim C, Newport DJ, Mletzko T et al. The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology* 2008;33:693-710.
22. Gold PW, Chrousos GP. The endocrinology of melancholic and atypical depression: relation to neurocircuitry and somatic consequences. *Proceedings of the Association of American Physicians* 1999;111:22-34.
23. Schule C. Neuroendocrinological mechanisms of actions of antidepressant drugs. *J Neuroendocrinol* 2007;19:213-26.
24. Mizoguchi K, Ishige A, Aburada M et al. Chronic stress attenuates glucocorticoid negative feedback: involvement of the prefrontal cortex and hippocampus. *Neuroscience* 2003;119:887-97.
25. Modell S, Yassouridis A, Huber J et al. Corticosteroid receptor function is decreased in depressed patients. *Neuroendocrinology* 1997;65:216-22.
26. Young EA, Lopez JF, Murphy-Weinberg V et al. Mineralocorticoid receptor function in major depression. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:24-8.
27. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neurosci* 2009;12:342-8.
28. Heuser I, Yassouridis A, Holsboer F. The combined dexamethasone/CRH test: a refined laboratory test for psychiatric disorders. *J Psychiatr Res* 1994;28:341-56.
29. Bhagwagar Z, Hafizi S, Cowen PJ. Increased salivary cortisol after waking in depression. *Psychopharmacology* 2005; 182:54-7.
30. Schatzberg AF, Lindley S. Glucocorticoid antagonists in neuropsychiatric [corrected] disorders. *Eur J Pharmacol* 2008;583:358-64.
31. Nemeroff CB, Widerlov E, Bissette G et al. Elevated concentrations of CSF corticotropin-releasing factor-like immunoreactivity in depressed patients. *Science* 1984;226:1342-4.
32. Raadsheer FC, Hoogendijk WJ, Stam FC et al. Increased numbers of corticotropin-releasing hormone expressing neurons in the hypothalamic paraventricular nucleus of depressed patients. *Neuroendocrinology* 1994;60:436-44.
33. Nemeroff CB, Owens MJ, Bissette G et al. Reduced corticotropin releasing factor binding sites in the frontal cortex of suicide victims. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:577-9.
34. Nemeroff CB. The corticotropin-releasing factor (CRF) hypothesis of depression: new findings and new directions. *Mol Psychiatry* 1996;1:336-42.
35. Holsboer F, Ising M. Central CRH system in depression and anxiety – evidence from clinical studies with CRH1 receptor antagonists. *Eur J Pharmacol* 2008;583:350-7.
36. Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG et al. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. *Nature Rev Neurosci* 2008;9:46-56.
37. Loftis JM, Hauser P. The phenomenology and treatment of interferon-induced depression. *J Affect Disord* 2004;82:175-90.
38. Krishnan V, Nestler EJ. The molecular neurobiology of depression. *Nature* 2008;455:894-902.
39. Mendlewicz J, Kriwin P, Oswald P et al. Shortened onset of action of antidepressants in major depression using acetylsalicylic acid augmentation: a pilot open-label study. *Int Clin Psychopharmacol* 2006;21:227-31.
40. Nemeroff CB, Heim CM, Thase ME et al. Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proc Natl Acad Sci USA* 2003;100:14293-6.
41. Neumeister A, Konstantinidis A, Stastny J et al. Association between serotonin transporter gene promoter polymorphism (5HTTLPR) and behavioral responses to tryptophan depletion in healthy women with and without family history of depression. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:613-20.
42. Neumeister A, Nugent AC, Waldeck T et al. Neural and behavioral responses to tryptophan depletion in unmedicated patients with remitted major depressive disorder and controls. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:765-73.
43. Drevets WC, Frank E, Price JC et al. PET imaging of serotonin 1A receptor binding in depression. *Biol Psychiatry* 1999;46:1375-87.
44. Neumeister A, Bain E, Nugent AC et al. Reduced serotonin type 1A receptor binding in panic disorder. *J Neurosci* 2004;24:589-91.
45. Hasler G, Bonwetsch R, Giovacchini G et al. 5-HT1A receptor binding in temporal lobe epilepsy patients with and without major depression. *Biol Psychiatry* 2007;62:1258-64.
46. Meyer JH, Ginovart N, Boovariwala A et al. Elevated monoamine oxidase A levels in the brain: an explanation for the monoamine imbalance of major depression. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:1209-16.
47. Zhang X, Gainetdinov RR, Beaulieu JM et al. Loss-of-function mutation in tryptophan hydroxylase-2 identified in unipolar major depression. *Neuron* 2005;45:11-6.
48. Charney DS, Manji HK. Life stress, genes, and depression: multiple pathways lead to increased risk and new opportunities for intervention. *Sci STKE* 2004;2004:re5.
49. Pandey GN, Dwivedi Y. Noradrenergic function in suicide. *Arch Suicide Res* 2007;11:235-46.

50. Nutt DJ. The role of dopamine and norepinephrine in depression and antidepressant treatment. *J Clin Psychiatry* 2006;67(Suppl. 6):3-8.
51. Goldberg JF, Burdick KE, Endick CJ. Preliminary randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pramipexole added to mood stabilizers for treatment-resistant bipolar depression. *Am J Psychiatry* 2004;161:564-6.
52. Lambert G, Johansson M, Agren H et al. Reduced brain norepinephrine and dopamine release in treatment-refractory depressive illness: evidence in support of the catecholamine hypothesis of mood disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:787-93.
53. Meyer JH, Kruger S, Wilson AA et al. Lower dopamine transporter binding potential in striatum during depression. *Neuroreport* 2001;12:4121-5.
54. Santamaria J, Tolosa E, Valles A. Parkinson's disease with depression: a possible subgroup of idiopathic parkinsonism. *Neurology* 1986;36:1130-3.
55. Hasler G, Fromm S, Carlson PJ et al. Neural response to catecholamine depletion in unmedicated subjects with major depressive disorder in remission and healthy subjects. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:521-31.
56. Hasler G, Luckenbaugh DA, Snow J et al. Reward processing after catecholamine depletion in unmedicated, remitted subjects with major depressive disorder. *Biol Psychiatry* 2009;66:201-5.
57. Murphy FC, Michael A, Robbins TW et al. Neuropsychological impairment in patients with major depressive disorder: the effects of feedback on task performance. *Psychol Med* 2003;33:455-67.
58. Mann JJ. The medical management of depression. *N Engl J Med* 2005;353:1819-34.
59. Fava M, Thase ME, DeBattista C. A multicenter, placebo-controlled study of modafinil augmentation in partial responders to selective serotonin reuptake inhibitors with persistent fatigue and sleepiness. *J Clin Psychiatry* 2005;66:85-93.
60. Simpson D. Phrenology and the neurosciences: contributions of F. J. Gall and J. G. Spurzheim. *ANZ J Surg* 2005;75:475-82.
61. Fitzgerald PB, Laird AR, Maller J et al. A meta-analytic study of changes in brain activation in depression. *Hum Brain Mapp* 2008;29:683-95.
62. Koolschijn PC, van Haren NE, Lensvelt-Mulders GJ et al. Brain volume abnormalities in major depressive disorder: a metaanalysis of magnetic resonance imaging studies. *Hum Brain Mapp* 2009;30:3719-35.
63. Rajkowska G, Miguel-Hidalgo JJ, Wei J et al. Morphometric evidence for neuronal and glial prefrontal cell pathology in major depression. *Biol Psychiatry* 1999;45:1085-98.
64. Hercher C, Turecki G, Mechawar N. Through the looking glass: examining neuroanatomical evidence for cellular alterations in major depression. *J Psychiatr Res* 2009;43:947-61.
65. Price JL, Drevets WC. Neurocircuitry of mood disorders. *Neuropsychopharmacology* 2009;35:192-216.
66. Damasio AR, Tranel D, Damasio H. Individuals with sociopathic behavior caused by frontal damage fail to respond autonomously to social stimuli. *Behav Brain Res* 1990;41:81-94.
67. Sullivan RM, Gratton A. Lateralized effects of medial prefrontal cortex lesions on neuroendocrine and autonomic stress responses in rats. *J Neurosci* 1999;19:2834-40.
68. Mayberg HS, Lozano AM, Voon V et al. Deep brain stimulation for treatment-resistant depression. *Neuron* 2005;45:651-60.
69. MacQueen GM. Magnetic resonance imaging and prediction of outcome in patients with major depressive disorder. *J Psychiatry Neurosci* 2009;34:343-9.
70. Kessing LV, Hansen MG, Andersen PK et al. The predictive effect of episodes on the risk of recurrence in depressive and bipolar disorders – a life-long perspective. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:339-44.
71. Sheline YI, Gado MH, Kraemer HC. Untreated depression and hippocampal volume loss. *Am J Psychiatry* 2003;160:1516-8.
72. Hasler G, Fromm S, Alvarez RP et al. Cerebral blood flow in immediate and sustained anxiety. *J Neurosci* 2007;27:6313-9.
73. Frodl TS, Koutsouleris N, Bottlender R et al. Depression-related variation in brain morphology over 3 years: effects of stress? *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:1156-65.
74. Martinowich K, Manji H, Lu B. New insights into BDNF function in depression and anxiety. *Nature Neurosci* 2007;10:1089-93.
75. Hasler G, van der Veen JW, Tumonis T et al. Reduced prefrontal glutamate/glutamine and gamma-aminobutyric acid levels in major depression determined using proton magnetic resonance spectroscopy. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:193-200.
76. Hasler G, van der Veen JW, Grillon C et al. Effect of acute psychological stress on prefrontal gamma-aminobutyric acid concentration determined by proton magnetic resonance spectroscopy. *Am J Psychiatry* (in press).
77. Rajkowska G, O'Dwyer G, Teleki Z et al. GABAergic neurons immunoreactive for calcium binding proteins are reduced in the prefrontal cortex in major depression. *Neuropsychopharmacology* 2007;32:471-82.
78. Eser D, Schule C, Baghai TC et al. Neuroactive steroids in depression and anxiety disorders: clinical studies. *Neuroendocrinology* 2006;84:244-54.
79. Birkenhager TK, Moleman P, Nolen WA. Benzodiazepines for depression? A review of the literature. *Int Clin Psychopharmacol* 1995;10:181-95.
80. Hasler G, Neumeister A, van der Veen JW et al. Normal prefrontal gamma-aminobutyric acid levels in remitted depressed subjects determined by proton magnetic resonance spectroscopy. *Biol Psychiatry* 2005;58:969-73.
81. Zarate CA, Jr., Singh JB, Carlson PJ et al. A randomized trial of an N-methyl-D-aspartate antagonist in treatment-resistant major depression. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:856-64.
82. Kendell SF, Krystal JH, Sanacora G. GABA and glutamate systems as therapeutic targets in depression and mood disorders. *Expert Opin Ther Targets* 2005;9:153-68.
83. Feyissa AM, Chandran A, Stockmeier CA et al. Reduced levels of NR2A and NR2B subunits of NMDA receptor and PSD-95 in the prefrontal cortex in major depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2009;33:70-5.
84. Deschwanden A, Hasler G. Metabotropic glutamate receptor 5: role in depression? Presented at the 22nd European College of Neuropsychopharmacology Meeting, Istanbul, May 2009.
85. Bunney WE, Bunney BG. Molecular clock genes in man and lower animals: possible implications for circadian abnormalities in depression. *Neuropsychopharmacology* 2000;22:335-45.
86. Boivin DB, Czeisler CA, Dijk DJ et al. Complex interaction of the sleep-wake cycle and circadian phase modulates mood in healthy subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:145-52.
87. Germain A, Kupfer DJ. Circadian rhythm disturbances in depression. *Hum Psychopharmacol* 2008;23:571-85.
88. Duncan WC, Jr. Circadian rhythms and the pharmacology of affective illness. *Pharmacol Ther* 1996;71:253-312.

# Aplicaciones clínicas de los avances en la investigación de la depresión: un paso a la vez en un camino muy largo

WAYNE C. DREVETS

*Laureate Institute for Brain Research, Oklahoma, University College of Medicine, Tulsa, OK, USA*

En su artículo, el Dr. G. Hasler analiza las fortalezas y las limitaciones de las teorías principales en torno a la neurobiología de la depresión. Una premisa fundamental en la cual está basado el documento, que ciertamente parece estar fundamentada por los datos disponibles, es que es improbable un modelo unificado para explicar los resultados variables de los estudios de la depresión o las respuestas variables a los tratamientos caracterizados por la farmacología dispar de los receptores en los pacientes con trastornos afectivos. En cambio, Hasler aduce, cada teoría prevaeciente de la depresión posiblemente se aplica sólo a los subtipos de trastornos del estado afectivo. En consecuencia, los tratamientos antidepresivos, incluidos los enfoques psicológicos y biológicos, seguirán teniendo que adaptarse a los pacientes individuales.

Hasler proporciona ejemplos de cómo varios modelos importantes de la fisiopatología de la depresión han servido de guía a los investigadores para crear nuevos tratamientos en personas que padecen el trastorno depresivo mayor. Por consiguiente, la investigación en torno a la función del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal, la función del neurotransmisor monoaminérgico y la transmisión glutamatérgica recientemente dio por resultado informes de que los antagonistas de la hormona liberadora de corticotropina, los agonistas del receptor de dopamina y los antagonistas del receptor de NMDA y los inhibidores de la liberación de glutamato, respectivamente, ejercen efectos antidepresivos (1,2). Además, los hallazgos de las neuroimágenes que implican circuitos neurales en los que participan proyecciones entre la corteza cingulada subgenual anterior, la amígdala, el cuerpo estriado ventral y la porción interna del tálamo han servido de guía para crear tratamientos de estimulación profunda del cerebro en los pacientes con depresión resistente (3-6).

Como lo señala Hasler, los resultados de los estudios de asociación genética in-

dican que la mayoría de los casos de trastorno depresivo mayor están relacionados con alguna combinación de múltiples variantes que de manera individual ejercen pequeños efectos, los cuales interaccionan en conjunto con influencias ambientales para conferir vulnerabilidad a la enfermedad afectiva. En consecuencia, cada árbol genealógico en el cual está representada en exceso la depresión puede ser singular por lo que respecta a la combinación de polimorfismos de un solo nucleótido o variantes del número de copias que interaccionan para incrementar la vulnerabilidad a la depresión. Esta observación resalta la importancia de la investigación dirigida a identificar los circuitos neurales o sistemas en los que la disfunción originada por diversas causas puede dar origen a la enfermedad afectiva.

Hasler termina diciendo que con base en estos resultados «el médico» debiera tener presente que los antecedentes familiares seguirán siendo la fuente más sólida de información para estimar el riesgo genético de trastorno depresivo mayor». No obstante, el estudio analiza más adelante las pruebas de que las mutaciones con pérdida de función en genes que producen efectos funcionales importantes pueden explicar algunos casos de trastorno depresivo mayor, como la variación en el gen que codifica la enzima cerebroespecífica triptófano hidroxilasa-2 que altera la síntesis de serotonina (7). Estos hallazgos plantean la posibilidad de que se descubran variantes genéticas de gran efecto sobre el riesgo para el trastorno que tengan repercusiones en la farmacoterapia y que en forma conjunta justifiquen las pruebas genéticas para el tratamiento de la depresión.

Otro tema del artículo que transmite optimismo en el sentido de que se puede reducir la morbilidad psiquiátrica es la conclusión de Hasler de que la gran proporción de casos de trastorno depresivo o mayor cuya patogenia conlleva interacciones genoambientales implica que «existe un enorme potencial para la prevención del trastorno depresivo mayor por medio de intervenciones psicosociales». En de este contexto Hasler analiza la evidencia indicativa de que los enfoques psicosociales finalmente resultarán más eficaces para prevenir y tratar el trastorno

depresivo mayor si son sensibles al género. Este tema fue resaltado por las pruebas de que las respuestas neuroendocrinas al estrés son específicas de género sexual y que los episodios vitales que aumentan la vulnerabilidad a la depresión son diferentes entre hombres y mujeres.

Una integración de los datos analizados en el artículo de Hasler ilustra de qué manera diversos conceptos patológicos al parecer no relacionados se pueden vincular e integrar a través de interacciones de los sistemas cerebrales para subyacer las bases neurobiológicas de la depresión. Por consiguiente, las pruebas acumuladas que indican que el incremento de la expresión de citocinas proinflamatorias desempeña un papel en la fisiopatología de los trastornos afectivos también señalan vínculos mecanicistas con las anomalías de los sistemas neurotransmisores, neuroendocrinos y monoaminérgicos que responden al estrés y que se encuentran en estos trastornos (8). Este concepto patológico también puede conferir susceptibilidad a los efectos de neuroplasticidad manifestados por reducciones del volumen de la sustancia gris en los estudios de neuroimágenes y en las células gliales y de la neurópila en los estudios neuropatológicos de los trastornos afectivos (4,9,10). Las interacciones a través de estos sistemas posiblemente ilustren los mecanismos subyacentes de los trastornos médicos concomitantes a la depresión y diluciden dianas de intervenciones terapéuticas nuevas.

## Bibliografía

1. Goldberg JF, Burdick KE, Endick CJ. Preliminary randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pramipexole added to mood stabilizers for treatment-resistant bipolar depression. *Am J Psychiatry* 2004;161:564-6.
2. Kendell SF, Krystal JH, Sanacora G. GABA and glutamate systems as therapeutic targets in depression and mood disorders. *Expert Opin Ther Targets* 2005;9:153-68.
3. Mayberg HS, Lozano AM, Voon V et al. Deep brain stimulation for treatment-resistant depression. *Neuron* 2005;45:651-60.

4. Price JL, Drevets WC. Neurocircuitry of mood disorders. *Neuropsychopharmacology* 2010;35:192-216.
5. Schlaepfer TE, Cohen MX, Frick C et al. Deep brain stimulation to reward circuitry alleviates anhedonia in refractory major depression. *Neuropsychopharmacology* 2008;33:368-77.
6. Malone DA, Jr., Dougherty DD, Rezai AR et al. Deep brain stimulation of the ventral capsule/ventral striatum for treatment-resistant depression. *Biol Psychiatry* 2009;65:267-75.
7. Zhang X, Gainetdinov RR, Beaulieu JM et al. Loss-of-function mutation in tryptophan hydroxylase-2 identified in unipolar major depression. *Neuron* 2005;45:11-6.
8. Drexhage RC, Knijff EM, Padmos RC et al. The mononuclear phagocyte system and its cytokine inflammatory networks in schizophrenia and bipolar disorder. *Expert Rev Neurother* 2010;10:59-76.
9. Gabbay V, Liebes L, Katz Y et al. The kynurenine pathway in adolescent depression: preliminary findings from a proton MR spectroscopy study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2010;34:37-44.
10. Savitz J, Drevets WC. Bipolar and major depressive disorder: neuroimaging the developmental-degenerative divide. *Neurosci Biobehav Rev* 2009;33:699-771.

## Investigaciones biológicas de la depresión: el comentario de un clínico

JULES ANGST

*Zurich University Psychiatric Hospital,  
Zurich, Switzerland*

Este comentario presenta el punto de vista de un médico en torno a las investigaciones biológicas de la depresión. Pretende demostrar las desventajas de correlacionar investigaciones biológicas muy refinadas con diagnósticos simples y cuestionables de depresión según el DSM.

En este análisis de gran alcance en torno a la fisiopatología de la depresión, G. Hasler una y otra vez hace hincapié en que la depresión es heterogénea. De hecho es notable la gran discrepancia que existe entre el diagnóstico clínico del trastorno depresivo mayor simplista según el DSM-IV (que aplica un enfoque de arriba a abajo), por un lado, y la batería de técnicas de investigación biológica tan refinadas y costosas (enfoque de abajo hacia arriba) que se utiliza para el estudio de la fisiología del trastorno, por otro lado.

En vista de esta incongruencia metodológica, difícilmente sorprende que la investigación biológica contribuya muy poco al reconocimiento temprano, la aplicación clínica y el tratamiento de la depresión.

Un enfoque clínico de abajo hacia arriba sería más promisorio. Consistiría en: (a) una descripción fisiopatológica exhaustiva y minuciosa de todos los síntomas depresivos, incluidos los somáticos, (b) un diagnóstico sindrómico (p. ej., depresión con retraso, agitada, hipochondríaca, somática, atípica, neurasténica, congruente con el estado de ánimo y depresión psicótica incongruente con el estado de ánimo); y (c) una subclasificación más refinada del trastorno depresivo mayor, que identifica debidamente

el extenso subgrupo con bipolaridad subumbral oculta, que es un elemento importante de la gama afectiva diagnóstica que va desde la depresión y pasa por varios subgrupos de trastorno bipolar hasta la manía pura.

Como un paso inicial y factible en la dirección correcta, se deben verificar todos los estudios biológicos sobre la depresión para establecer un diagnóstico de bipolaridad subumbral del trastorno depresivo mayor y volver a analizar los datos biológicos. Se dispone de pruebas convergentes derivadas de tres investigaciones epidemiológicas (2-4) que indican que 40% a 50% de los individuos con diagnóstico de trastorno depresivo mayor según el DSM-IV son bipolares subumbral. Estos hallazgos epidemiológicos están confirmados por el estudio internacional BRIDGE que se realizó en 5.635 pacientes con episodios depresivos mayores (5). Este estudio también demuestra que el criterio de exclusión del DSM de un cambio a la hipomanía provocado por un antidepresivo es engañoso: de hecho, los pacientes en quienes se observan los cambios difieren bastante de otros con depresión mayor por lo que respecta a un antecedente familiar positivo de manía y desde luego características que distinguen la depresión bipolar de la unipolar. Así mismo, análisis recientes no demostraron pruebas lógicas de que los pacientes con cambio a la hipomanía bajo tratamiento con placebo sean diferentes a los que cambian con el empleo de antidepresivos (6,7).

Hasler también resume las pruebas de diferencias de género importante en los hallazgos biológicos observados en pacientes con depresión. La prevalencia del trastorno depresivo mayor en las mujeres es de casi el doble que en los hombres, en tanto que en el trastorno

bipolar sólo hay una leve preponderancia femenina. Los datos epidemiológicos de Zurich indican que determinados componentes o subtipos de depresión mayor, es decir, apartados somáticos de la depresión atípica del DSM-IV (8) y depresión somática (9), pueden explicar estas diferencias. Sin duda las investigaciones biológicas deben tomar en cuenta estos hallazgos. Además, hay notables diferencias de género en la adversidad durante la infancia que pueden crear una vulnerabilidad biológica y psicológica a factores estresantes en la adolescencia y la edad adulta (10).

Hasler afirma que 60% a 70% de la varianza en la susceptibilidad a la depresión es no genética. Esto deja un espacio promisorio para la investigación epigenética y ambiental, que al mismo tiempo también debiera tomar en cuenta las diferencias de género sexual. Hallazgos del estudio prospectivo de Zurich confirmaron que la adversidad en la infancia está vinculada tanto en hombres como en mujeres al inicio más temprano de la depresión y el trastorno bipolar, pero también a una cronicidad más frecuente de los trastornos. El riesgo puede ser parcialmente mediado por rasgos de personalidad ansiosos, adaptación deficiente y autoestima baja. El traumatismo sexual en la infancia y la adolescencia (principalmente en mujeres) y los problemas de conducta (principalmente en hombres) no se relacionaron con la cronicidad.

Como lo señala Hasler, la depresión en la actualidad se considera como una de las causas más importantes de discapacidad en todo el mundo. Sin embargo, ¿sería aplicable esta conclusión si los depresivos bipolares subumbral se diagnosticaran correctamente y se identificaran como bipolares? El análisis de Pini et al., (11) señala que el trastorno bipolar conlleva una morbilidad igualmente alta si no es que más alta que el trastorno depresivo mayor. Los estudios epidemiológicos antes mencionados (3-5) han demostrado que, cuando se identifican apropiadamente los bipolares, hay un

cambio importante de comorbilidad del grupo depresivo al bipolar; por ejemplo, los trastornos por consumo de alcohol y algunos trastornos por ansiedad se llegan a relacionar en mucho mayor grado con la bipolaridad que con la depresión pura. Las tasas de prevalencia reducida resultantes y la comorbilidad probablemente muestren que la depresión pura representa una menor carga que los trastornos bipolares y es posible que sea necesario modificar considerablemente las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (12).

### Bibliografía

1. Angst J. The bipolar spectrum. *Br J Psychiatry* 2007;190:189-91.
2. Angst J, Gamma A, Benazzi F et al. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord* 2003;73:133-46.
3. Zimmermann P, Brückl T, Nocon A et al. Heterogeneity of DSM-IV major depressive disorder as a consequence of sub-threshold bipolarity. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:1341-52.
4. Angst J, Cui L, Swendsen J et al. Major depressive disorder with sub-threshold bipolarity in the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* (in press).
5. Angst J, Azorin JM, Bowden CL et al. Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the Bridge Study. Submitted for publication.
6. Licht R, Gijsman H, Nolen WA et al. Are antidepressants safe in the treatment of bipolar depression? A critical evaluation of their potential risk to induce mania or cycle acceleration. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 118:337-46.
7. Gijsman HJ, Geddes JR, Rendell JM et al. Antidepressants for bipolar depression: a systematic review of randomized controlled trials. *Am J Psychiatry* 2004;161:1537-47.
8. Angst J, Gamma A, Benazzi F et al. Atypical depressive syndromes in varying definitions. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006;256:44-54.
9. Silverstein B. Gender differences in the prevalence of somatic versus pure depression: a replication. *Am J Psychiatry* 2002;159:1051-2.
10. Angst J, Gamma A, Rössler W et al. Childhood adversity and chronicity of mood disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (in press).
11. Pini S, de Queiroz V, Pagnin D et al. Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;15:425-34.
12. Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S et al. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004;184:386-92.

## Psiquiatría biológica: todavía avanzando en un callejón sin salida

HERMAN M. VAN PRAAG

*Department of Psychiatry and Neuropsychology, University of Maastricht, The Netherlands*

Analizando los datos sobre la fisiopatología de la depresión, G. Hasler llega a la conclusión de que «los conocimientos existentes actuales se contraponen a una hipótesis unificada de la depresión». De hecho, así es; y el motivo, me parece, es que el concepto está mal definido. Esto es aplicable a todos los tipos de depresión que se reconocen en la actualidad.

Consideremos, por ejemplo, la depresión mayor. Por lo que respecta a sintomatología, evolución, pronóstico, hallazgos biológicos y respuesta terapéutica, el concepto presenta una heterogeneidad considerable. La posibilidad de que tales conceptos psicopatológicos tan heterogéneos sean producidos por alteraciones cerebrales bien definidas me parece que es insignificamente pequeño.

Lo que es verdad para la depresión, también es verdad para casi todos los trastornos definidos en el DSM. Sin embargo, la psiquiatría biológica, desde su renacimiento a partir de los cincuenta del siglo pasado, se ha basado en suposiciones kraepelineanas: la idea de que la patología mental es subdividible en

entidades nosológicas definidas, cada una de las cuales con su propia fisiopatología. Este enfoque no ha sido productivo. Todavía se desconoce en gran parte la fisiopatología de las alteraciones mentales. Me parece, y me ha parecido durante la mayor parte de mi vida profesional, que el proceso diagnóstico en psiquiatría debiera modificar su dirección, específicamente si la meta es explorar los fundamentos biológicos de la patología mental. La estrategia propuesta para dirigir este esfuerzo la llamo funcionalización. Este proceso implica que el diagnóstico en psiquiatría debiera proceder por pasos (1-3).

En primer lugar, hay que determinar el agrupamiento diagnóstico al cual corresponde el trastorno; es decir, se debe establecer un diagnóstico de la categoría. Por ejemplo, se considera que el estado mental en cuestión pertenece al grupo de los trastornos depresivos. Este primer paso diagnóstico proporciona solamente una indicación diagnóstica global. Luego se define el síndrome. También esta información diagnóstica dista mucho de ser precisa. Los síndromes a menudo se presentan en forma incompleta y muchos pacientes padecen simultáneamente más de un síndrome completo o incompleto.

De ahí que me parezca decisivo un tercer paso diagnóstico, el cual llamo

funcionalización del diagnóstico. La funcionalización significa definir, antes que nada, los síntomas psicopatológicos que constituyen el síndrome y luego —lo que es más importante— evaluar y, de ser posible, medir las disfunciones psíquicas subyacentes a los síntomas psicopatológicos. Los síntomas psicopatológicos y las disfunciones psíquicas no son sinónimos. El síntoma psicopatológico es la consecuencia de disfunciones psíquicas. Es la forma en que la disfunción psíquica es experimentada por el paciente y observada por el investigador.

Considero que el último paso representa la quinta esencia. Si no se dispone de métodos para medir las disfunciones putativas, se deben crear.

Algunos ejemplos. En el caso de los síntomas de demencia, debieran identificarse y medirse las alteraciones cognitivas subyacentes. En el caso de las alucinaciones, lo mismo es aplicable a las alteraciones perceptuales subyacentes. En el caso de la anhedonia, se debiera investigar el efecto en vincular una percepción específica con la emoción correspondiente.

Mi propuesta es que las disfunciones psíquicas subyacentes a los síntomas psicopatológicos debieran ser el centro de la investigación en psiquiatría biológica. Parece mucho más factible que las disfunciones cerebrales correspondan a alteraciones de los sistemas reguladores psicológicos que a entidades categóricas en gran parte conceptuadas por el hom-

bre, designadas de manera bastante arbitraria como un síndrome.

De hecho, la búsqueda de factores biológicos determinantes de las disfunciones psíquicas ha mostrado ser mucho más fructífera que la búsqueda de la causa biológica de una entidad nosológica específica, como la depresión o la esquizofrenia.

Nuestras propias investigaciones pueden servir de ejemplo (3-5). Establecimos las alteraciones de la serotonina en la depresión mayor. Por lo menos en algunos pacientes, no en otros. En cuanto a la clasificación categórica o sindrómica, no fueron distinguibles. Sin embargo, estaban en un nivel más básico. Demostramos que las alteraciones de la serotonina estaban vinculadas con componentes específicos del síndrome depresivo, es decir, alteraciones en la regulación de la ansiedad y la agresión. Esta relación no se limitaba a la depresión sino también existía en los síndromes no depresivos. Las alteraciones de la serotonina al parecer son funcionalmente específicas, no nosológica o sindrónicamente específicas.

La funcionalización volverá más preciso el diagnóstico psiquiátrico, más científico y más armonizado con los estudios biológicos dirigidos a metas y las intervenciones terapéuticas enfocadas. Más precisos y más científicos, pues las disfunciones psíquicas son mucho mejor cuantificables que las categorías de enfermedades y síndromes, a menudo incluso en forma cuantitativa.

En segundo lugar, este enfoque proporciona a quien establece el diagnóstico un esquema detallado de los dominios psíquicos que funcionan anormalmente y los que funcionan dentro de los límites normales. En última instancia este enfoque llevará a lo que llamo una fisiología psiquiátrica, una gráfica detallada de las disfunciones cerebrales subyacentes a los sistemas de regulación psicológica que funcionan anormalmente.

El tratamiento también podría beneficiarse de este enfoque. El tratamiento farmacológico lo mismo que la psicoterapia en la actualidad están muy desenfocados. Recetamos fármacos porque alguien está psicótico, deprimido, ansioso o por lo demás desequilibrado. Por lo general se carece de alguna especificación adicional o se considera innecesaria. Este no es el camino para una investigación psicofarmacológica adicional, ni el camino para aumentar las posibilidades de descubrir nuevos psicofármacos innovadores y psicopatológicamente más específicos.

El mismo razonamiento es aplicable al tratamiento psicológico. Podemos recomendar la psicoterapia. ¿Exactamente para qué? Raras veces está claro. ¿Cuál será su enfoque? ¿Qué esperamos lograr por lo que respecta al alivio de los síntomas? Esto pocas veces se define con algún detalle. La funcionalización del diagnóstico volvería factible detallar sistemáticamente las metas terapéuticas.

El enfoque nosológico rígido ha perdido su vigencia, sobre todo en la psiquiatría biológica. Tiene que dar paso a un concepto de enfermedad dinámico-funcional. La entidad nosológica en gran parte establecida por el hombre no debiera ser su centro de atención, ni el síndrome, a menudo tan caprichoso en su composición sintomática, ni la dimensión psicopatológica, casi por definición mal definida y difícil de delimitar, sino más bien la disfunción psíquica subyacente a los síntomas psicopatológicos. Este enfoque, supongo, acelerará los diagnósticos psiquiátricos con un funda-

mento científico y generará más investigaciones en psiquiatría biológica.

## Bibliografía

1. van Praag HM. Over the mainstream: diagnostic requirements for biological psychiatric research. *Psychiatry Res* 1997;72:201-12.
2. van Praag HM, de Kloet R, van Os J. Stress, the brain, and depression. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.
3. van Praag HM. Nosologomania: a disorder of psychiatry. *World J Biol Psychiatry* 2000;1:151-8.
4. van Praag HM. Anxiety/aggression-driven depression. A paradigm of functionalization and verticalization of psychiatric diagnoses. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2001;12:28-39.
5. van Praag HM, Kahn RS, Asnis GM et al. Denosologization of biological psychiatry or the specificity of 5-HT disturbances in psychiatric disorders. *J Affect Dis* 1987;13:1-8.

## Una gran carrera en el mismo lugar

### GORDON PARKER

*University of New South Wales, and Black Dog Institute, Sydney, Australia*

El panorama que presenta G. Hasler ilustra las fortalezas y las limitaciones de las investigaciones recientes sobre los trastornos depresivos. Las fortalezas comprenden investigadores muy inteligentes y asiduamente involucrados. Las limitaciones surgen de los paradigmas que apuntalan nuestros modelos actuales de clasificación de los trastornos del estado de ánimo (el DSM y la ICD). La discordancia resultante evoca el viejo proverbio bávaro: ¿de qué sirve correr si estás en el camino equivocado?

Aduciré que el análisis combinado de los estudios fisiopatológicos que realizó Hasler está comprometido por una falla de paradigma diagnóstico. En consecuencia, después de probar un gran número de aperitivos, el lector se queda hambriento ante la falta de un platillo principal digerible.

En realidad, el trastorno depresivo mayor no es una entidad y por tanto no tiene una identidad como lo describe Hasler, y como lo ubican y reifican la mayoría de los investigadores que desean publicar su trabajo. Desde luego, es en esencia

un diagnóstico de «dominio» que efectivamente homogeniza múltiples expresiones heterogéneas de «depresión». No tiene más precisión, límites definidos o estado de entidad que, digamos, «disnea mayor», una analogía que vale la pena tomar en cuenta. Un diagnóstico de «disnea mayor» abarca diversos trastornos agudos (p. ej., asma, neumonía, embolia pulmonar) y crónicos (p. ej., enfisema) y podría arriesgar la inclusión de estados normales transitorios (p. ej., un alpinista sin buena forma física). Los criterios del DSM para la depresión mayor son relativamente escasos y cada criterio es operacionalizado en un bajo orden de inferencia, lo que genera estimaciones de prevalencia muy elevadas y límites imprecisos con la «depresión normal» (1). Se puede asumir un diagnóstico de dominio de «depresión mayor» para encapsular trastornos más categóricos (p. ej., depresión psicótica y melancólica), lo mismo que muchos trastornos no melancólicos (p. ej., estados de depresión reactiva agudos y crónicos, depresiones secundarias a estilos de personalidad predisponentes). Tales trastornos de dominio constituyente pueden tener causas principales muy diferentes (p. ej., apuntalamientos biológicos primarios de la melancolía; causas sociales y psicológi-

cas primarias de depresiones reactivas y basadas en la personalidad, respectivamente. Tal heterogeneidad en el diagnóstico de dominio obstaculizará la identificación de factores causales específicos de trastorno y compromete los esfuerzos por identificar cualquier especificidad de tratamiento.

Cualquier intento de estudiar causas de la «depresión mayor» también debería respetar la realidad (al igual que para los estudios que investigan la «disnea mayor») de que los hallazgos dependerán en alto grado de la prevalencia de los trastornos componentes dentro del «diagnóstico de dominio». Por consiguiente, si los estudios de los pacientes con «disnea mayor» fuesen dominados por, digamos, los pacientes con asma, entonces se vería comprometida la capacidad para identificar las causas del asma dentro de una muestra en la que predominan los que tienen infecciones respiratorias. Puesto que diferentes trastornos depresivos estarán representados de manera variable en diferentes muestras con distribuciones muy variables de trastornos depresivos constituyentes (p. ej., pacientes hospitalizados, pacientes psiquiátricos ambulatorios, ejercicio primario, grupos sociales), la selección de la muestra por sí sola también influirá en los hallazgos.

En esencia, si un diagnóstico básicamente es «inespecífico», la identificación de sus causas y tratamiento se verá afectada por la inespecificidad y generará hallazgos inespecíficos. Sería posible proceder a través del estudio de Hasler que demuestra los hallazgos inespecíficos en relación con cada punto de evidencia pero, puesto que esto reduciría el foco de atención, se ofrece una ilustración.

En el tercer párrafo —en que se atribuyen influencias genéticas— Hasler afirma que «el trastorno depresivo mayor es un trastorno familiar y que su tendencia familiar es por completo o en su mayor parte debida a factores genéticos», aludiendo a un metanálisis de Sullivan et al., (2). Tal vez como corolario, Hasler afirma que tales hallazgos indican que las conductas de los progenitores y otros factores de riesgo ambientales no son tan importantes «como se presupone antes» y no debieran ser el foco de tratamiento. Sin embargo, cuando se analiza el metanálisis realizado por Sullivan et al., sus conclusiones fueron que «las influencias ambientales específicas de un individuo también tienen importancia etiológica». Estas dos interpretaciones son un poco contradictorias. Poco

después, Hasler cambia el énfasis para hacer notar una dominancia de factores no genéticos, los cuales «indican que hay un gran potencial» para que las intervenciones psicosociales eviten la depresión mayor. En dos párrafos, Hasler arguye de manera variable la dominancia de los factores genéticos y luego de los factores no genéticos. Más adelante, en los tres párrafos consecutivos, señala que los factores ambientales no debieran ser el principal foco del tratamiento antes de indicar que las intervenciones psicosociales enfocadas en dificultades interpersonales y habilidades ofrecen un «enorme potencial».

El subtítulo del artículo de Hasler indica que está concebido para ayudar a los médicos. De nuevo, este objetivo puede ponerse en tela de juicio con una ilustración. Al término de la sección «Genes y tensión psicosocial», Hasler afirma que «el médico debiera tener presente que los antecedentes familiares seguirán siendo la fuente de información más sólida para estimar el riesgo genético del trastorno depresivo mayor». Sin embargo, ¿qué significa en este contexto «antecedentes familiares»? ¿«Depresión mayor» o algún otro trastorno psiquiátrico en un familiar? ¿O significa que un familiar es hospitalizado por un trastorno psiquiátrico, al tratar o cometer suicidio, o recibir

tratamiento por un psiquiatra (todos difíciles de establecer y todos posiblemente tienen propensiones de señal muy variables? ¿O significa trastornos menos importantes? Por ejemplo, el ser «nervioso y preocupado») en un familiar. La inespecificidad de esta recomendación «de fuente sólida» pone en tela de juicio la utilidad clínica del documento.

Habiendo planteado la pregunta (es decir, ¿hay una base neurobiológica sólida para la «depresión?»), Hasler efectivamente vota en contra de la proposición de concluir que «la depresión sea un trastorno clínico y etiológicamente heterogéneo». Efectivamente.

¿Debiéramos por tanto continuar realizando investigaciones sobre este diagnóstico de dominio inespecífico y arriesgar a encontrar más hallazgos inespecíficos? Desde mi punto de vista no, si deseamos dejar de correr en el mismo lugar.

## Bibliografía

1. Horwitz AV, Wakefield JC. The loss of sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. New York: Oxford University Press, 2007.
2. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2000;157:1552-62.

## Una respuesta de sí o no

### ROBERT H. BELMAKER

*Ben Gurion University of the Negev, Beersheva, Israel*

A los estudiantes de medicina se les selecciona, por lo menos en gran parte, por su potencial académico y escolar y la mayoría de los médicos disfrutan de leer y mantenerse actualizados en la bibliografía de su campo. Sin embargo, puesto que la medicina es un arte práctico, los médicos leen con la meta de actualizar su conocimiento para maximizar su tratamiento de sus pacientes.

La bibliografía sobre la fisiopatología biológica de la depresión se ha expandido potencialmente en últimos 30 años y los médicos que concluyeron su formación en la década de los 70, los 80 y los 90 se han visto ante un enorme acervo bibliográfico que promete esclarecer la depresión, uno de los campos más frecuentes de la actividad profesional (1). La genética molecular refinada, las técnicas de imágenes revolucionarias, los

análisis neuroendocrinos eruditos y otros múltiples enfoques han sobrecargado la capacidad de muchos médicos para sentir que están actualizados en su campo. En los últimos años, ha surgido una sensación de duda en el sentir y el pensar de muchos médicos de todo el mundo con respecto a si la montaña de nuevos datos realmente es útil para la práctica clínica de la psiquiatría. Por tanto, el título del artículo de G. Hasler seguramente atraerá a una audiencia enorme, como es lo apropiado para *World Psychiatry*.

Sin embargo, en mi opinión, este artículo no agarra al toro por los cuernos y evita dar respuesta a su propia pregunta. El resumen afirma que el tratamiento antidepressivo debe ajustarse a pacientes y estados patológicos individuales, pero en ninguna parte el autor dice cómo hacerlo. En la conclusión se relaciona una tabla donde se presentan las diversas hipótesis neurobiológicas y se plantea un razonamiento en contra de una hipótesis unificada de la depresión. Parece razonable. Después en el artículo se afirma que

«esto fomenta la investigación de los factores pronósticos de la respuesta» y que «la identificación de indicadores fiables permitirá el desarrollo de una medicina personalizada». Promesas, promesas, promesas. Había esperado que este artículo me dijese si contábamos con alguna evidencia sólida de interés para los médicos ahora. En lo personal, creo que la respuesta es no y que debemos valientemente afrontar este hecho.

Comparto la creencia de Hasler de que la depresión es heterogénea y su esperanza de que la investigación futura permita mejores tratamientos. Sin embargo, los médicos serán más honestos consigo mismos, sus pacientes y nuestra sociedad si respondemos a la pregunta de este artículo con un claro «no». En la actualidad no se dispone de ninguna prueba genética, prueba sanguínea, análisis de líquido cefalorraquídeo o estudio por imágenes que permita ayudar al diagnóstico de la depresión. Se han comunicado muchos hallazgos en grupos de pacientes deprimidos con respecto a cambios en el líquido cefalorraquídeo o en los metabolitos

o las proteínas presentes en sangre o en las imágenes funcionales del cerebro. Sin embargo, en el mejor de los casos son escasos los constantemente reproducibles. Muchos podrían ser secundarios a las modificaciones importantes del estilo de vida que desencadena la depresión, tales como pérdida de peso, inactividad y alteraciones del sueño (2). Incluso más importante para un médico es comprender que una diferencia media comunicada como un hallazgo en un estudio de investigación, aun cuando sea muy estadísticamente significativa, a menudo oculta una gran imbricación entre las poblaciones de pacientes y testigos que imposibilitan el empleo diagnóstico del hallazgo.

A veces me han dicho quienes están de acuerdo con la declaración previa que mis puntos de vista se debieran ocultar al público, para no poner en riesgo el prestigio de la psiquiatría o nuestra legítima cuota de financiación para la investigación. Tal opinión, desde luego, tiene que ver más con ética y valores, que con la ciencia. Sin embargo, la tradición psicoanalítica de que la verdad lo

hará a uno libre siempre me ha parecido aún más pertinente en psiquiatría biológica. Nuestros residentes, pacientes y público cada vez se confunden más con las aseveraciones contradictorias de que se ha descubierto la base biológica de la depresión en factores genéticos, imágenes, neuroendocrinología o factores neurotróficos.

Debemos crear un nuevo estilo de discurso en el que los resultados de la investigación, tan interesantes como sean, se traduzcan en una comprensión apropiada del largo y lento camino que posiblemente recorreremos para poder dilucidar la fisiopatología de la depresión (3).

### Bibliografía

1. G. Major depressive disorder. *N Engl J Med* 2008;358:55-68.
2. Belmaker RH. The lessons of platelet monoamine oxidase. *Psychol Med* 1984;14:249-53.
3. Belmaker RH. The future of depression psychopharmacology. *CNS Spectr* 2008;13:682-7.

## Pleomorfismo clínico de la depresión mayor como un reto para el estudio de su fisiopatología

J. JOHN MANN

*Department of Psychiatry, Columbia University, New York, NY, USA*

Hay múltiples estudios que muestran que como grupo el trastorno depresivo mayor se asocia a anomalías en los sistemas de neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina, la dopamina, el GABA y el glutamato, y también a factores neurotróficos que a su vez son afectados por los sistemas de respuesta hiperreactiva al estrés, tales como el eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal y la alteración de la función de las citocinas. Por último, hay alteraciones de los ritmos circadianos y de la estructura del sueño que pueden ser consecuencia de estas anomalías o contribuir al riesgo o modificar la evolución de la depresión mayor.

Por mucho tiempo ha sido desconcertante cómo reconciliar los enfoques de la investigación que analizan un solo modelo explicativo biológico con la heterogeneidad del cuadro clínico de la depresión mayor. Parecería que este cuadro pleomorfo debe reflejarse en

una variedad igual en la fisiopatología. Una revisión de los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor indica que hay más de 1000 combinaciones de manifestaciones que permiten establecer ese diagnóstico. Así mismo, los investigadores señalan la variabilidad interindividual del perfil de puntaje en los apartados de las escalas como la Escala de Hamilton para Evaluar la Depresión (HDRS). Sin embargo, este punto de vista sólo dice parte de la historia. Informamos que no había relación cuantitativa en los pacientes entre los episodios de depresión mayor (1). Esto fue aplicable independientemente de que se evaluara la gravedad global de los episodios sucesivos (como con el puntaje total en la HDRS) o los factores derivados de un análisis de factores que se enfoca en dominios relativamente independientes de la psicopatología, o incluso cuando se evalúan los puntajes de apartados individuales. Aquí el aspecto clave es que la presentación clínica parece variar más o menos en el mismo grado tanto en un mismo paciente durante episodios sucesivos como entre diferen-

tes pacientes. Las repercusiones de este fenómeno fueron reconocidas por Eugen Bleuler en su libro trascendental sobre la esquizofrenia (2). Este autor vinculó la catatonia, la esquizofrenia paranoide, la hebefrenia y lo que él llama un estado de imperfección porque observó que todos estos aparecían en diferentes combinaciones en el mismo paciente en el transcurso del tiempo. En otras palabras, aún cuando estos cuadros clínicos parecían muy diferentes, al parecer eran parte de una sola enfermedad pues eran manifestados por el mismo paciente. Si tomamos en cuenta que las enfermedades como el trastorno depresivo mayor o la esquizofrenia se deben a causas genéticas y a la adversidad en la infancia notificada, incluida la hambruna y el abuso físico sexual, y estos efectos ambientales ocurren en las primeras etapas de la vida, entonces la predisposición biológica a las enfermedades en gran parte debiera aparecer en un individuo hacia las primeras etapas de la adolescencia. Si suponemos que ese sustrato biológico es relativamente estable, entonces es difícil explicar por qué hay tal variación del

cuadro clínico dentro de cada individuo. Una posibilidad es que cada episodio altere la biología cerebral a causa de alguna especie de susto o sensibilización. Los efectos epigenéticos pueden ser un mecanismo para los cambios persistentes. Sin embargo, entonces se pronosticaría una serie similar de pasos por lo que respecta a la evolución de la enfermedad en función del tiempo, como se observa en la esquizofrenia con la evolución hacia síntomas más negativos y síntomas menos positivos). En la depresión mayor, las modificaciones del cuadro clínico no parecen seguir un patrón sencillo, excepto tal vez por una duración de los episodios más prolongada.

Los estudios por imágenes del cerebro ofrecen alguna clave en este sentido y plantean más interrogantes. Hemos informado que la gravedad de diferentes dominios clínicos de la depresión mayor, según la definen factores derivados de la HDRS o del Inventario de Depresión de Beck (BDI), se correlacionan con la absorción relativa de glucosa en regiones del cerebro en reposo según se determina mediante la tomografía por emisión de positrones (TEP) con FDG [<sup>18</sup>F](3). El grado en el cual estos puntajes de factores se correlacionan entre

sí está muy relacionado con el grado en que las regiones del cerebro se superponen para diferentes factores. Cada factor está relacionado con una región cerebral parcialmente independiente (3). La heterogeneidad clínica se refleja en una variedad correspondiente de la actividad regional del cerebro en reposo relativo en la depresión mayor. No es de sorprender que el tratamiento satisfactorio con antidepresivos o la psicoterapia puedan modificar este patrón hacia lo que se observa en voluntarios sanos y la tristeza provocada en voluntarios sanos puede reproducir alguno de los cambios observados en la depresión mayor (4).

Esto constituye una base biológica para la variación del cuadro clínico, pero no una explicación o mecanismo causal. Hay más anomalías biológicas estables que se presentan durante los episodios de depresión mayor y entre los episodios. El mejor ejemplo es la anomalía en el sistema de la serotonina, que se ha demostrado por lo que respecta a la reaparición de la depresión durante la remisión después del agotamiento agudo del triptófano cerebral, la respuesta de prolactina reducida al fármaco liberador indirecto de serotonina fenfluramina durante un episodio y entre los mismos, y

la mayor fijación al receptor 5-HT<sub>1A</sub> en las imágenes de TEP en pacientes deprimidos y en remisión y sin fármacos. Para estudiar más la heterogeneidad clínica y biológica de los pacientes, se recomendaría un enfoque en la variación cerebral regional según lo revelan los estudios de TEP-FDG y luego buscar una causa de la variación en lo que respecta a las participaciones de la serotonina, la noradrenalina y la dopamina así como el GABA y la función neuronal glutamatérgica.

## Bibliografía

1. Oquendo MA, Barrera A, Ellis SP et al. Instability of symptoms in recurrent major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry* 2004;161:255-61.
2. Bleuler E. *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. New York: International Universities Press. 1950.
3. Milak MS, Parsey RV, Keilp J et al. Neuroanatomic correlates of psychopathologic components of major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:397-408.
4. Mayberg HS, Liotti M, Brannan SK et al. Reciprocal limbic-cortical function and negative mood: converging PET findings in depression and normal sadness. *Am J Psychiatry* 1999;156:675-82.

# Reduciendo el vacío de tratamiento de los trastornos psiquiátricos: una encuesta de la WPA

VIKRAM PATEL<sup>1</sup>, MARIO MAJ<sup>2</sup>, ALAN J. FLISHER<sup>3</sup>, MARY J. DE SILVA<sup>1</sup>, MIRJA KOSCHORKE<sup>1</sup>, MARTIN PRINCE<sup>4</sup>, REPRESENTANTES DE LA SOCIEDAD ZONAL, DE MIEMBROS DE LA WPA\*

<sup>1</sup>London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK; <sup>2</sup>Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy; <sup>3</sup>Department of Psychiatry and Mental Health, University of Cape Town, Rondebosch 7700, Cape Town, South Africa; <sup>4</sup>Institute of Psychiatry, King's College London, UK

\* The WPA Zonal and Member Society Representatives are listed in the Appendix

*El vacío de tratamiento de las personas con trastornos psiquiátricos sobrepasa 50% en todos los países del mundo y se aproxima a tasas sorprendentemente altas de 90% en los países con menos recursos. Comunicamos los hallazgos de la primera encuesta sistemática de líderes de la psiquiatría de casi 60 países sobre las estrategias para reducir el vacío de tratamiento. Procuramos obtener los puntos de vista de estos representantes en relación con los papeles que desempeñan diferentes recursos humanos y contextos sanitarios en la prestación de cuidados y en la importancia de una gama de estrategias que aumentan la cobertura de los tratamientos basados en evidencia científica para los trastornos psiquiátricos prioritarios por cada etapa demográfica (infancia, adolescencia, edad adulta y vejez). Nuestros hallazgos claramente indican tres estrategias para reducir el vacío de tratamiento: aumentar el número de psiquiatras y de otros profesionales relacionados con la salud mental; incrementar la participación de una gama de profesionales no especializados con capacitación apropiada; y la participación activa de personas afectadas por trastornos psiquiátricos. Esto es verdad tanto para los países de ingresos altos como de ingresos bajos y medianos, aunque tiene relativamente más importancia en los últimos. Consideramos esta encuesta como un primer paso decisivamente importante para ratificar la posición de los psiquiatras, uno de los gremios interesados con mayor influencia en la salud mental global, para hacer frente al reto global de aumentar los servicios psiquiátricos a fin de reducir el vacío de tratamiento.*

**Palabras clave:** Trastornos psiquiátricos, vacío de tratamiento, servicios psiquiátricos, tratamiento primario, recursos humanos, cobertura de atención, tratamientos basados en evidencia científica.

(*World Psychiatry* 2010;9:169-176)

La brecha de tratamiento para las personas con trastornos psiquiátricos supera 50% en todos los países del mundo y se acerca a tasas sorprendentemente elevadas de 90% en los países de menos recursos, aun para los trastornos mentales graves que se asocian a alteraciones funcionales importantes (1-3). Diversas iniciativas recientes han exigido acciones para aumentar los servicios dirigidos a personas con trastornos psiquiátricos basándose en pruebas de intervenciones eficaces y respeto por los derechos humanos (4,5). La evidencia científica sobre los tratamientos eficaces se ha sintetizado en las directrices del Programa de Acción para el Vacío en la Salud Mental (mhGAP) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que pronto se darán a conocer, para ocho trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias (6). En una serie reciente de artículos que aparecen en PLoS Medicine se han resumido las pruebas de los mecanismos de aplicación de tales tratamientos (7). Una interrogante importante es cómo se pueden incrementar estos tratamientos y mecanismos de aplicación en el contexto de los recursos escasos de todos los países.

Una de las metas del Plan de Acción de la WPA para el periodo del 2008 a 2011 es colaborar con las asociaciones integrantes en su esfuerzo por incrementar la cobertura del tratamiento de los trastornos psiquiátricos en personas de todas las edades (8,9). La encuesta que se comunica en este artículo tuvo por objeto evaluar las opiniones de los Representantes Zonales y de las Asociaciones integrantes de la WPA con relación en las estrategias para incrementar la cobertura de servicios, enfocándose en campos en los que son escasos los especialistas relacionados con la salud mental. Más específicamente, procuramos obtener los puntos de vista con respecto al papel de los diferentes recursos humanos y los contextos de asistencia sanitaria de estrategias específicas para aumentar la cobertura de

los tratamientos basados en evidencia científica que se utilizan en los trastornos mentales prioritarios en cada etapa demográfica (infancia, adolescencia, edad adulta y vejez). Puesto que los límites de recursos humanos y económicos difieren entre los países de ingresos altos (PIA) y de ingresos bajos y medianos (PIBM), procuramos definir y comparar las estrategias para estos dos contextos.

## MÉTODOS

El estudio consistió en dos encuestas consecutivas con dos grupos de respondientes. La primera encuesta fue un ejercicio de alcance general para identificar los trastornos psiquiátricos prioritarios y sus tratamientos específicos para cada una de las cuatro etapas demográficas. En esta ronda se invitó a participar a los 18 Representantes Zonales de la WPA. La segunda encuesta se llevó a cabo con las Asociaciones Integrantes de la WPA y se enfocó en mejorar la cobertura de los tratamientos y los desenlaces globales de los trastornos prioritarios identificados en la primera ronda. A fin de maximizar las respuestas al nivel de los países, a todas las asociaciones integrantes de un país se les pidió su participación. En caso de que respondiera más de alguna Asociación integrante del mismo país, se incluyó en los análisis la respuesta de la Asociación con más representatividad nacional.

A los encuestados que participaron en la primera ronda se les pidió que identificaran trastornos prioritarios basándose en su evaluación de la morbilidad (prevalencia y repercusión) en su región. En seguida, se les pidió que enumerasen los tratamientos aceptables y costeables basados en evidencia científica para estos trastornos tomando en cuenta los recursos actuales. A los encuestados se les preguntó luego sobre las funciones

de personal sanitario diverso y diferentes contextos de tratamiento (como atención primaria) en la prestación de cuidados psiquiátricos. Por último, se hicieron tres preguntas abiertas con objeto de determinar las estrategias para mejorar el acceso al tratamiento psiquiátrico, la conducta de búsqueda de ayuda y el cumplimiento del tratamiento a largo plazo. Se identificaron ocho trastornos como prioridades en esta ronda (trastorno hiperactivo y trastorno por ansiedad en los niños; depresión y abuso de sustancias en adolescentes; esquizofrenia y depresión en adultos; depresión y demencia en ancianos). Puesto que consideramos que la imbricación del trastorno depresivo en adulto y personas mayores era considerable, combinamos estos dos grupos de trastornos para la Ronda 2.

Las categorías de respuesta utilizadas para la Ronda 2 se derivaron de la Ronda 1. Se pidió a los encuestados que se enfocaran en el método más aceptable y rentable de incrementar la cobertura de la asistencia sobre todo para las personas no atendidas en su país. Por cada trastorno prioritario, los encuestados evaluaron los recursos humanos y los contextos de tratamiento según su importancia en mejorar la cobertura de los tratamientos prioritarios con respecto al diagnóstico, tratamiento farmacológico y las intervenciones psicosociales. Los recursos humanos fueron: psiquiatras; otros especialistas en salud mental; otro personal médico (p. ej., médicos de atención primaria); personal sanitario no médico; y usuarios de servicios o familias. En el caso de la demencia en personas mayores, también preguntamos sobre el papel de otros especialistas (geriatras y neurólogos). Los contextos de la asistencia fueron: unidades psiquiátricas para pacientes internos y ambulatorios; unidades psiquiátricas de la población; unidades médicas de atención primaria o generales; unidades para la atención de la infección por VIH y SIDA para los grupos de edad más jóvenes; escuelas (para niños y adolescentes); y tratamiento basado en el hogar. En seguida, se les pidió a los encuestados que evaluaran la importancia de seis estrategias (aumentando recursos humanos psiquiátricos y de especialistas, incrementar otros recursos humanos relacionados con la salud; campañas de educación pública, aumento de la disponibilidad de tratamientos; incremento de la diversidad de contexto de tratamiento; y aumento de la participación de usuarios de servicio y familias) para mejorar cuadro desenlaces clave en torno a cada trastorno: acceso al tratamiento; búsqueda de ayuda; cumplimiento y eficacia. Mediante una pregunta abierta final se les pidió a los encuestados que proporcionaran ejemplos de cualquier otra estrategia para incrementar la cobertura de cada trastorno.

Se invitó a los encuestados a llenar un cuestionario en línea mediante un mensaje de correo electrónico personal emitido por el presidente de la WPA, quien después hizo el seguimiento a los que no respondieron. Los cuestionarios para las dos encuestas se dividieron en cuatro secciones: niños, adolescentes, adultos y personas mayores. Se pidió a los encuestados que dieran respuesta a la misma serie de preguntas por cada etapa demográfica a fin de elaborar un cuadro de la continuidad de la asistencia de los trastornos mentales durante todas las etapas de la vida.

Para la Ronda 1, llevamos a cabo un análisis descriptivo temático a fin de definir los trastornos prioritarios y tratamientos identificados para cada etapa demográfica. Se utilizó un análisis cualitativo de las preguntas abiertas con el fin de identificar estrategias importantes que mejorasen los desenlaces en personas con trastornos mentales. Se utilizaron los resultados de la Ronda 1, que incluyeron datos adicionales sobre los tipos de personal sanitario y contextos de asistencia más pertinentes para las etapas demográficas específicas, con objeto de obtener

la información que se incluyera en el contenido del cuestionario de la Ronda 2.

Para la Ronda 2, se llevó a cabo un análisis descriptivo temático de los datos por cada etapa demográfica, enfocándose en la prestación de servicios de las intervenciones y en la mejora de los desenlaces para los trastornos prioritarios identificados en la Ronda 1. Las evaluaciones de la Ronda 2 se basaron en una escala de cuatro puntos que fluctuaba desde «nada» hasta «extremadamente» importante». Al presentar los resultados, utilizamos un algoritmo para clasificar como «más importantes» las categorías evaluadas «extremadamente importantes» por un mínimo de 75% de los encuestados o «extremada o moderadamente importantes» por un mínimo de 90% de los encuestados; como «muy importantes» las categorías evaluadas «extremadamente importantes» por 50 a 74% de los encuestados o «extremada o moderadamente importantes» por 75 a 89% de los encuestados; y como «importantes» las categorías evaluadas como «extremada o moderadamente importantes» por 60 a 74% de los encuestados. Se analizaron temáticamente las respuestas cualitativas al final de las preguntas abiertas por cada trastorno. Se excluyeron las respuestas que duplicaron las categorías de evaluación cerrada, por ejemplo para mejorar la disponibilidad de tratamientos específicos. Se estratificaron los análisis según el nivel de recursos. Se clasificaron los países utilizando el método del Atlas del Banco Mundial según el producto interno bruto (PIB) de 2004 per capita como alto (PIB de 10.066 dólares o más) o ingresos medianos y bajos (PIB de 10.065 dólares o menos). Llevamos a cabo análisis de sensibilidad utilizando el nivel de profesionales psiquiátricos derivados del Atlas de la OMS (10) (el número de psiquiatras, enfermeras psiquiátricas y psicólogos por 100.000 habitantes) para evaluar la validez de esta clasificación de los países para los fines de nuestro estudio. Se detectó una correspondencia satisfactoria entre la clasificación del Banco Mundial y las cifras del Atlas de la OMS, aparte de algunas excepciones como España (un país con altos ingresos que sólo tiene 9,7 profesionales de la salud mental por 100.000 habitantes) y Argentina (un país de ingresos medianos con 122,6 profesionales de la salud mental por 100.000 habitantes).

## RESULTADOS

Los 18 Representantes Zonales y Asociaciones integrantes de la WPA que representan 60 países estuvieron de acuerdo en participar en la encuesta. En la Ronda 1, los 18 Representantes Zonales de la WPA regresaron sus cuestionarios (tasa de respuesta de 100%). En la Ronda 2, las Asociaciones integrantes que representaban a 57 países entregaron sus cuestionarios (tasa de respuesta de 95%). Dieciocho países se clasificaron como PIA y 39 como PIBM.

### Trastornos y tratamientos prioritarios

En la tabla 1 se muestran los trastornos psiquiátricos actualmente considerados como el principal centro de atención para los servicios de salud y los considerados por los encuestados como los que necesitaban más atención, en tanto que en el cuadro 2 se presentan los tratamientos que en la actualidad consideran los encuestados que son los más frecuentes en cuanto a trastornos prioritarios y aquellos que en su punto de vista se debieran utilizar más a menudo.

En el caso de los niños, se identificaron los trastornos de la conducta y el trastorno hiperactivo como trastornos prioritarios.

**Tabla 1** Trastornos mentales que en la actualidad representan un foco de atención importante para los servicios de salud y los que se considera que necesitan más atención (en orden de importancia)

Niños		Adolescentes	Adultos	Personas ancianas			
<b>Trastornos mentales con prioridad actual</b>							
PIA	PIBM	PIA	PIBM	PIA	PIBM	PIA	PIBM
-Trastorno de la conducta	-Retraso mental	-Depresión	-Esquizofrenia	-Esquizofrenia	-Esquizofrenia	-Demencia	-Demencia
-Trastorno hiperactivo	-Trastorno hiperactivo	-Trastornos por ansiedad	-Toxicomanías	-Depresión	-Depresión	-Depresión	-Depresión
-Trastornos por ansiedad	-Trastorno de la conducta	-Esquizofrenia	-Depresión	-Trastorno bipolar	-Trastornos por ansiedad		
<b>Trastornos que necesitan más atención</b>							
PIA	PIBM	PIA	PIBM	PIA	PIBM	PIA	PIBM
-Trastornos generales del desarrollo	-Trastorno hiperactivo	-Toxicomanías	-Depresión	-Trastornos de la personalidad	-Depresión	-Depresión	-Depresión
-Trastorno hiperactivo	-Trastornos por ansiedad		-Toxicomanías	-Toxicomanías	-Trastornos por ansiedad	-Demencia	-Demencia
	-Depresión				-Trastorno bipolar	ansiedad	

PIA, países con ingresos altos; PIBM, países con ingresos bajos y medianos.

**Tabla 2** Intervenciones para siete trastornos mentales prioritarios (en orden de importancia)

Niños	Adolescentes	Adultos	Adultos y personas ancianas	Personas ancianas		
Trastorno hiperactivo	Trastornos por ansiedad	Depresión	Toxicomanías	Esquizofrenia	Depresión	Demencia
<i>Intervenciones comúnmente utilizadas</i>						
PIA: fármacos estimulantes; psicoeducación con cuidadores; atomoxetina; intervenciones educativas	PIA: SSRI; CBT; psicoeducación con cuidadores  PIBM: SSRI; psicoeducación con cuidadores, CBT	PIA: SSRI; CBT  PIBM: SSRI; CBT	PIA: psicoterapias de grupo; fármaco de sustitución; entrevistas para motivación  PIBM: ansiolíticos; entrevistas para motivación; psicoterapia de grupo	PIA: antipsicóticos atípicos; capacitación en destrezas sociales; capacitación en destrezas laborales; estrategias de intervención familiar  PIBM: antipsicóticos típicos; antipsicóticos atípicos; estrategias de intervención familiar	PIA: SSRI; SNRI; CBT  PIBM: SSRI; antidepresivos tricíclicos; SNRI	PIA: fármacos anticolinesterásicos; agonista de receptor de NMDA; risperidona  PIBM: haloperidol; risperidona; fármacos anticolinesterásicos
<i>Intervenciones que se utilizan con más frecuencia</i>						
PIA: psicoeducación con cuidadores; CBT; capacitación en destrezas sociales	PIA: CBT; psicoterapias de grupo; psicoeducación con cuidadores  PIBM: CBT; psicoeducación con cuidadores; psicoterapia de grupo	PIA: CBT; psicoterapia interpersonal; psicoterapias familiares  PIBM: psicoterapias familiares; CBT; psicoterapia interpersonal	PIA: CBT; psicoterapia interpersonal; psicoterapias familiares  PIBM: CBT; psicoterapias familiares; psicoterapias de grupo	PIA: CBT; estrategias de intervención familiar; capacitación en destrezas laborales; psicoterapia neurocognitiva  PIBM: capacitación en destrezas sociales; capacitación en destrezas laborales; estrategias de intervención familiar	PIA: CBT; psicoterapia interpersonal; ECT  PIBM: CBT; psicoterapia interpersonal; SNRI	PIA: psicoeducación con cuidadores; descanso de cuidadores (asistencia diurna); descanso de cuidador (asistencia en domicilio)  PIBM: psicoeducación con cuidadores; descanso de cuidadores (asistencia diurna); descanso de cuidadores (asistencia en el domicilio)

PIA, países con ingresos altos; PIBM, países con ingresos bajos y medianos; SSRI, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; CBT, psicoterapia cognitiva conductual; SNRI, inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina; ECT, electroterapia convulsiva.

**Tabla 3** Importancia de los recursos humanos para incrementar la cobertura asistencial de los trastornos prioritarios según los encuestados

Recursos humanos	Funciones	Niños				Adolescentes				Adultos		Adultos y personas ancianas		Personas ancianas	
		Trastorno hiperactivo		Trastornos por ansiedad		Depresión		Toxicomanía		Esquizofrenia		Depresión		Demencia	
		PIA	PIBM	PIA	PIBM	PIA	PIBM	PIA	PIBM	PIA	PIBM	PIA	PIBM	PIA	PIBM
Psiquiatra	Diagnóstico	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√
	Medicación	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√
	Psicosocial	√√	√√	√√√	√√	√√√	√√	√√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√	√√√	√√
Otros especialistas en salud mental	Diagnóstico	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√	√√	√√√	√	√√	-	√√	-	√√
	Medicación	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Psicosocial	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√
Médico de atención primaria	Diagnóstico	√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√√	-	√√	√√√	√√√	√√√	√√√
	Medicación	√	√	√	√√	√√	√√	√√	√√√	-	√√	√√	√√	√√	√√
	Psicosocial	-	-	√	√	√	√	√	√√	-	√	√	√	-	√
Personas sanitario no médico	Diagnóstico	-	-	-	-	-	-	-	√	-	-	-	-	-	-
	Medicación	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Psicosocial	-	√	√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√	√√√	√√	√√
Usuarios de servicios / familiares	Diagnóstico	-	-	-	√	-	√	√√	√√	-	√	-	√√	√	√
	Medicación	-	-	-	-	-	√	-	√	-	√	-	√	-	-
	Psicosocial	√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√√	√√	√√	√√	√√	√√

PIA, países con ingresos altos; PIBM; países con ingresos bajos y medianos; √√√, extremadamente importantes; √√, muy importantes; √, importante.

**Tabla 4** Importancia de los contextos de la asistencia sanitaria para incrementar la cobertura asistencial en los trastornos prioritarios según los encuestados

Contexto	Funciones	Niños				Adolescentes				Adultos		Adultos y personas ancianas		Personas ancianas	
		Trastorno hiperactivo		Trastornos por ansiedad		Depresión		Toxicomanía		Esquizofrenia		Depresión		Demencia	
		PIA	PIBM	PIA	PIBM	PIA	PIBM	PIA	PIBM	PIA	PIBM	PIA	PIBM	PIA	PIBM
Unidades psiquiátricas	Diagnóstico	√√√	√√	√√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√
	Medicación	√√√	√√	√√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√
	Psicosocial	√√	√√	√√√	√√	√√√	√√	√√	√√	√√	√√√	√√	√√	√√	√√
Unidades psiquiátricas extrahospitalarias	Diagnóstico	√√	√√√	√√√	√√	√√√	√√	√√√	√√√	√√	√√√	√√√	√√	√√	√√
	Medicación	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√√	√√	√√	√√
	Psicosocial	√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√	√√√
Unidades médicas generales	Diagnóstico	√	√√	√	√√	√	√√	√√	√√√	-	√	√	√	√√√	√√√
	Medicación	-	√√	-	√√	-	√√	√√	√√	-	√	√	√	√√√	√√√
	Psicosocial	-	√	√	√	√	√√	√√	√√	-	√	√	√√	√√	√√
Unidades de atención primaria	Diagnóstico	-	√√	√	√√	√	√	√√	√√	-	√√	√√√	√√√	√√	√√
	Medicación	√	√	√√	√	√	√	√√	√√	-	√√	√√√	√√	√√	√√
	Psicosocial	-	√	-	√	√	√	√	√	-	√	√	√	√	√
Escuelas/otros contextos extrahospitalarios	Diagnóstico	√	√√	√	√	-	√	-	√√	-	-	-	-	-	-
	Medicación	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Psicosocial	√√	√√√	√√	√√	√	√√√	√√	√√	-	-	-	√	√√	√√
Asistencia en el domicilio	Diagnóstico	√	√	√	√√	-	√	-	√	-	√	-	√	-	√√
	Medicación	-	-	-	√	-	-	-	√	√	√	-	-	-	√
	Psicosocial	-	√√	√	√√	√	√√	-	√√	√√√	√√	√	√√	√√	√√

PIA, países con altos ingresos; PIBM; países con ingresos bajos y medianos; √√√, extremadamente importantes; √√, muy importantes; √, importante.

rios en los contextos tanto de los PIA como de los PIBM, de manera que los trastornos por ansiedad tuvieron más prioridad en los PIA y el retraso mental fue la principal prioridad en los PIBM. En los dos contextos, se consideró que el trastorno hiperactivo necesitaba más atención, junto con el autismo en la infancia y otros trastornos del desarrollo frecuentes en los PIA y trastornos por ansiedad en los PIBM. Los fármacos estimulantes y las intervenciones psicosociales con los cuidadores fueron los tratamientos más frecuentes para el trastorno

hiperactivo en los dos contextos. Las intervenciones psicosociales y la capacitación en las destrezas sociales en el niño se identificaron como los tratamientos que se debían utilizar con más frecuencia para el trastorno hiperactivo en los dos contextos. En el caso de los trastornos por ansiedad, hubo un acuerdo entre los PIA y los PIBM por lo que respecta a cuáles tratamientos eran los más frecuentes (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, SSRI; psicoterapia cognitiva conductual, CBT; e intervenciones psicoeducativas con los cuida-

**Tabla 5** Importancia de las estrategias para mejorar los desenlaces según los encuestados

	Niños				Adolescentes				Adultos		Adultos y personas ancianas		Personas ancianas	
	Trastorno hipercinético		Trastornos por ansiedad		Depresión		Toxicomanía		Esquizofrenia		Depresión		Demencia	
	PIA	PIBM	PIA	PIBM	PIA	PIBM	PIA	PIBM	PIA	PIBM	PIA	PIBM	PIA	PIBM
<i>Mejor acceso a los servicios de salud</i>														
Aumento de los recursos humanos psiquiátricos	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√
Aumento de los recursos humanos no psiquiátricos capacitados	√√√	√√√	√√	√√√	√√	√√	√√√	√√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√
Campañas de educación al público	√√√	√√√	√√	√√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√	√√
Aumento de la disponibilidad de la gama de tratamientos	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√√	√√	√√	√√	√√	√√√	√√
Aumento de la asistencia en contextos no psiquiátricos	√	√√	√	√√	√√	√√	√√	√√	-	√√	√√	√√	√√	√√√
Aumento de la participación de familiares y usuarios	√√√	√√	√√	√√√	√√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√	√√√	√√	√√√	√√√
<i>Mejor búsqueda de ayuda con servicios de salud</i>														
Aumento de los recursos humanos psiquiátricos	√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√
Aumento de los recursos humanos no psiquiátricos capacitados	√√	√√√	√√	√√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√	√√√	√√√	√√	√√√	√√
Campañas de educación al público	√√	√√√	√√	√√√	√√	√√√	√√	√√√	√√	√√	√√√	√√	√√	√√√
Aumento de la disponibilidad de la gama de tratamientos	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√√	√√	√√	√√√	√√
Aumento de la asistencia en contextos no psiquiátricos	√	√√	√	√√	√√	√√	√√	√√	√	√√	√√	√√	√√	√√√
Aumento de la participación de familiares y usuarios	√√√	√√	√√	√√√	√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√	√√√	√√√
<i>Mejor cumplimiento del tratamiento</i>														
Aumento de los recursos humanos psiquiátricos	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√	√√√
Aumento de los recursos humanos no psiquiátricos capacitados	√√√	√√	√√√	√√	√√	√√	√√√	√√√	√√√	√√	√√	√√√	√√	√√
Campañas de educación al público	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√	√√	√√	√√
Aumento de la disponibilidad de la gama de tratamientos	√√√	√√√	√√	√√√	√√	√√√	√√	√√√	√√	√√	√√√	√√	√√√	√√
Aumento de la asistencia en contextos no psiquiátricos	-	√√	√	√	√√	√	-	√√	√	√	√	√	√√	√√
Aumento de la participación de familiares y usuarios	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√
<i>Mejor eficacia del tratamiento</i>														
Aumento de los recursos humanos psiquiátricos	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√	√√√
Aumento de los recursos humanos no psiquiátricos capacitados	√√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√√	√√	√√	√√	√√√	√√	√√√	√√
Campañas de educación al público	√	√√	-	√	√	√	√	√	-	√	√	√	√	√
Aumento de la disponibilidad de la gama de tratamientos	√√√	√√√	√√	√√	√√	√√√	√√	√√√	√√	√√	√√	√√	√√√	√√
Aumento de la asistencia en contextos no psiquiátricos	√	√	√	√	√	√√	√	√	√	√	√	√	√√	√√
Aumento de la participación de familiares y usuarios	√√	√√	√√	√√	√√	√√	√√√	√√	√√	√√	√√√	√√	√√√	√√

PIA, países con ingresos altos; PIBM; países con ingresos bajos y medianos; HR, recursos humanos  
 √√√, extremadamente importantes; √√, muy importantes; √, importante.

dores) y cuáles tratamientos se debían utilizar más a menudo (CBT, psicoterapia de grupo e intervenciones psicoeducativas con cuidadores).

Por lo que respecta a los adolescentes, la depresión y la esquizofrenia y otras psicosis fueron clasificadas como los trastornos prioritarios en los dos contextos y los trastornos por ansiedad y por toxicomanías se consideraron como prioridades adicionales en los PIA y los PIBM, respectivamente. Se identificó que los trastornos por toxicomanía y los trastornos por depresión y ansiedad eran los que necesitaban mucho más atención en los dos contextos. Los fármacos fueron las

modalidades de tratamiento más frecuentes en los dos trastornos: los SSRI predominaron para la depresión, en tanto que el tratamiento sustitutivo y las benzodiazepinas fueron los tratamientos más frecuentes para los trastornos por toxicomanías en los PIA y los PIBM respectivamente. Aunque se comunicó que los tratamientos psicológicos a menudo se utilizaban en los dos contextos, también se evaluaron como tratamientos que se debían utilizar con más frecuencia.

En cuanto a los adultos, casi todos los encuestados comunicaron que la esquizofrenia y otras psicosis y la depresión eran los trastornos prioritarios en los dos contextos, seguidos del

trastorno bipolar en los PIA y los trastornos por ansiedad en los PIBM. Se consideró que se necesitaba más atención en la depresión, los trastornos por ansiedad y el trastorno bipolar en los PIBM y en los trastornos de la personalidad y los trastornos por toxicomanías en los PIA. Los antipsicóticos atípicos predominaron en el tratamiento de la esquizofrenia en los PIA, en tanto que los antipsicóticos típicos permanecieron con mucho como el tratamiento utilizado más a menudo en los PIBM. Todos los demás tratamientos basados en evidencia científica se implantan con mucho menos frecuencia y sólo las estrategias de intervención familiar se utilizan con relativa frecuencia. Hubo una retroalimentación constante por parte de los encuestados en el sentido de que las intervenciones psicosociales se debieran utilizar más a menudo en personas con esquizofrenia, y los psiquiatras de los PIA resaltaron la CBT en tanto que los de los PIBM se enfocaron en la capacitación para las destrezas sociales y laborales. Todos los encuestados comunicaron que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina constituían el tratamiento más frecuente de la depresión en los dos contextos y los antidepresivos tricíclicos todavía se recetaban a menudo en los PIBM. Los encuestados tanto de los PIA como de los PIBM casi de manera unánime consideraron que los tratamientos psicológicos, en concreto la CBT, merecen una aplicación más frecuente en las personas con depresión.

En relación con las personas mayores, casi todos los encuestados consideraron que la demencia y la depresión eran los trastornos prioritarios y también los dos trastornos que merecían más atención. Los fármacos fueron con mucho las intervenciones más utilizadas en la actualidad en los dos contextos, aunque el tipo de fármaco fue diferente entre los contextos (fármacos contra la demencia y antipsicóticos atípicos en los PIA y haloperidol en los PIBM). Se consideró que las intervenciones psicosociales en cuidadores y el cuidado para el descanso eran utilizadas más a menudo por casi la mitad de los encuestados en los PIA, pero sólo por una pequeña minoría de los encuestados en los PIBM. En la opinión de los encuestados de ambos contextos, las intervenciones no farmacológicas se subutilizan en grado importante, sobre todo las intervenciones psicosociales en los cuidadores y los cuidados para el descanso extrahospitalario. Casi la mitad de los encuestados en los PIBM también consideró que en sus países se subutilizaban los fármacos contra la demencia y alrededor de un tercio que el antipsicótico atípico risperidona se subutilizaba en el tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos graves de demencia.

### **Incremento de la cobertura del tratamiento**

En los cuadros 3 y 4 se resumen, respectivamente, las respuestas en torno a la importancia percibida de los diferentes recursos humanos y los diferentes contextos de atención a la salud para incrementar la cobertura de los tratamientos de los siete trastornos mentales prioritarios en todas las etapas de la vida. En la tabla 5 se resumen las respuestas en torno a las estrategias para mejorar los desenlaces de cada uno de estos trastornos.

Se clasificó a los psiquiatras como un recurso extremadamente o muy importante para todas las funciones clínicas en todos los trastornos mentales de los diferentes grupos de edad en los dos contextos. Otros especialistas de la salud mental se consideraron como un recurso extremadamente o muy importante para las intervenciones psicosociales en todos los trastornos mentales y para el diagnóstico (sobre todo los trastornos del niño y del adolescente) en los dos contextos; sin embargo, no se consideró que tuviesen un papel importante que desem-

ñar en la prescripción de fármacos o en el análisis. Se consideró que otro personal médico (como los médicos de atención primaria) era importante o muy importante para el diagnóstico y el tratamiento farmacológico en los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente y la depresión del adulto en los dos contextos, y en la esquizofrenia y la demencia en los PIBM. Se consideró que otros especialistas médicos, como geriatras y neurólogos eran en extremo importantes para el diagnóstico y muy importantes para el tratamiento farmacológico en la demencia, tanto en los PIA como en los PIBM. Se consideró que era importante el personal sanitario no médico para las intervenciones psicosociales en todos los trastornos mentales en los dos contextos. Se comunicó que los usuarios de servicios y los familiares eran importantes o muy importantes para las intervenciones psicosociales en todos los trastornos psiquiátricos en los dos contextos y para el diagnóstico y la provisión de medicación en las toxicomanías y en la depresión en los PIBM.

Se comunicó que las unidades psiquiátricas de pacientes internos ambulatorios y las unidades de salud mental extrahospitalarias eran extremadamente o muy importantes para todas las funciones en los trastornos mentales de los dos contextos, sobre todo para el diagnóstico y el inicio y modificación de la medicación. Se consideró que las unidades médicas generales eran importantes o muy importantes para todas las funciones en los trastornos por uso de drogas en los dos contextos, y en la depresión en los PIBM, y para el diagnóstico y la medicación de los trastornos infantiles en los PIBM. Se evaluaron como importantes o muy importantes las unidades de atención primaria, sobre todo para el diagnóstico y el tratamiento farmacológico de todos los trastornos mentales, con la excepción del trastorno hiperactivo y la esquizofrenia en los PIA. En los dos contextos, se evaluaron como importantes a extremadamente importantes las escuelas y otros contextos extrahospitalarios para el diagnóstico y las intervenciones psicosociales en los trastornos mentales del niño y el adolescente, lo mismo que otros contextos extrahospitalarios para las intervenciones psicosociales en la demencia. Se informó que la atención domiciliar era importante o muy importante para las intervenciones psicosociales en todos los trastornos mentales en los dos contextos y, en los PIBM, para el diagnóstico de los trastornos mentales del niño y para el diagnóstico y el tratamiento farmacológico de la demencia. En general, se consideraron importantes todos los contextos del tratamiento para incrementar la cobertura de los tratamientos psicosociales y muy a menudo las unidades de salud mental extrahospitalarias se evaluaron como extremadamente importantes para esto.

Para los cuatro desenlaces (mejor acceso a los servicios de salud, mejor búsqueda de ayuda, mejor cumplimiento y mejor eficacia del tratamiento), se consideraron como extremadamente o muy importantes cuatro estrategias para todos los trastornos y los dos contextos: incremento de los recursos humanos psiquiátricos; incremento de los recursos humanos no psiquiátricos con capacitación apropiada; incremento de la disponibilidad de tratamientos; e incremento de la participación de usuarios y cuidadores. Las campañas de educación del público también se consideraron como extremadamente o muy importantes para todos los trastornos mentales en los dos contextos de mejoramiento del acceso, búsqueda de ayuda y cumplimiento. Se comunicó que el incremento de la prestación de servicio en el contexto no psiquiátrico era extremadamente o muy importante para mejorar todos los desenlaces en el caso de la demencia; para mejorar el acceso en el caso de todos los trastornos diferentes a los trastornos de la infancia y la esquizofrenia en los PIA; y para mejorar la

búsqueda de ayuda en el caso de todos los trastornos diferentes a los trastornos de la infancia en los PIA.

Se obtuvo un total de 135 respuestas a la pregunta final abierta sobre otras estrategias para mejorar los desenlaces. Muchas de las estrategias propuestas estuvieron relacionadas con las ya cubiertas en el cuestionario principal (p. ej., aumento de la disponibilidad de tratamientos específicos) y no se volvieron a notificar. Las estrategias adicionales se enfocaron en aumentar la concienciación de los grupos de profesionales y usuarios en torno a los trastornos psiquiátricos; la provisión de servicios diferentes a los incluidos en el cuestionario principal (como los hogares mixtos para personas con esquizofrenia y la educación especial para los niños con trastornos mentales); expansión del alcance del personal (p. ej., a través de curanderos tradicionales o religiosos); estrategias para combatir el estigma relacionado con los trastornos mentales en el curso de la vida; estrategias de detección e intervención temprana; e iniciativas para normatividad como en el caso del alcoholismo y en las personas ancianas.

## DISCUSIÓN

Comunicamos los hallazgos de la primera encuesta sistemática de líderes de la psiquiatría en casi 20 países en torno a las estrategias para reducir el vacío de tratamiento de algunos trastornos psiquiátricos en diferentes etapas de la vida. Esta encuesta fue realizada en el contexto de la escasez grave y desigualdad de la distribución de los recursos psiquiátricos en casi todos los países y las iniciativas globales recientes que condujeron a la recomendación de tratamientos específicos de los trastornos mentales.

Surgen cuatro temas amplios de nuestros hallazgos tanto en el contexto de los PIA como el de los PIBM. En primer lugar, la necesidad de aumentar los recursos humanos de especialistas en salud mental, tanto psiquiatras como personal sanitario de clínicas psiquiátricas. En segundo lugar, la necesidad de incrementar el acceso a través de la atención primaria incrementando la participación de trabajadoras sociales no especializadas, incluidos profesionales médicos y de enfermería y personal sanitario no médico. Estos temas son congruentes con la base de evidencia indicativa de que si bien el cambio de tareas al personal sanitario no especializado es un método rentable de mejorar los desenlaces en personas con trastornos mentales, sobre todo en los PIBM, son necesarios la supervisión y el apoyo continuados por parte del personal psiquiátrico (11). Por consiguiente, para reducir el vacío de tratamiento se necesitará una distribución cada vez más amplia de profesionales psiquiátricos que dirijan el diseño, la implantación y la evaluación de los programas de tratamiento psiquiátrico extrahospitalario. El tercer tema fue la exigencia de un mayor acceso a las intervenciones psicosociales para todos los trastornos mentales. Los programas de atención basados en evidencia científica deben resaltar los tratamientos psicológicos como la CBT y el tratamiento interpersonal y las intervenciones sociales como el descanso de los cuidadores junto con los tratamientos farmacológicos. El cuarto tema fue la necesidad de un incremento de la participación de los usuarios de servicios y familiares en la asistencia a la salud mental, sobre todo en los PIBM. Los usuarios de servicios y los familiares deben facultarse como participantes activos en la planificación y prestación de los servicios, en vez de sólo ser receptores pasivos de la asistencia. Si bien existen más similitudes entre los encuestados de los PIA y los PIBM que podrían haberse esperado, también hubo diferencias notables que reflejan las discrepancias en los recur-

sos disponibles. En consecuencia, los antipsicóticos típicos se utilizaban más ampliamente que los atípicos en la PIBM, como era de esperar dada la escasa disponibilidad de tratamientos más nuevos y más costosos. Así mismo, en los PIBM, se acordó que otros especialistas en la salud mental y no especialistas tenían un papel relativamente más importante en el incremento de la cobertura del diagnóstico y el tratamiento de casi todos los trastornos mentales.

Nuestro estudio tuvo algunas limitaciones obvias. La más importante es la pequeña cobertura de países en algunas regiones, como África, donde sólo existen algunas asociaciones psiquiátricas nacionales. En segundo lugar, todos los encuestados eran psiquiatras, lo cual puede explicar la gran prominencia atribuida a los contextos del tratamiento psiquiátrico en el incremento de la cobertura de la asistencia psiquiátrica. Sin embargo, lo que fue digno de notar también la disponibilidad igualmente comprensiva para reconocer el papel decisivo de usuarios de los servicios de salud mental y sus familias y la función importante de personal no especialista (médicos de atención primaria, personal no médico) en el diagnóstico, el tratamiento farmacológico y el apoyo psicosocial. En la medida en que estos líderes profesionales representan o influyen en las opiniones de sus miembros, esto señala que la modificación de tareas y la atención colaborativa se considera tanto practicable como conveniente. Este es un hallazgo importante en el contexto de las observaciones de que los psiquiatras en ocasiones pueden representar un obstáculo para las reformas en esta dirección (12). Por otra parte, esta es la primera encuesta sistemática de las opiniones de psiquiatras líderes en todo el mundo en torno a las estrategias para reducir el vacío de tratamiento, respaldadas por el grupo profesional más extenso en la salud psiquiátrica mundial. Reconocemos la necesidad de consultar a todos los participantes interesados en la planificación del incremento de los servicios psiquiátricos para cumplir la necesidad y reducir el vacío de tratamiento y vemos esta encuesta como un primer paso de importancia decisiva para ratificar la posición de los psiquiatras, supuestamente unos de los gremios de especialistas interesados con más influencia en la salud mental global.

Nuestros hallazgos claramente indican tres categorías para reducir el vacío de tratamiento, a saber: aumentar el número de psiquiatras y de otros profesionales psiquiátricos; incrementar la participación de una gama de otros profesionales no especialistas y contextos en la asistencia psiquiátrica; y la participación activa de personas afectadas por los trastornos mentales. Esto es aplicable tanto a los PIA como a los PIBM, aunque tiene relativamente más importancia en los PIBM. El sólido apoyo a la mayor participación de las personas afectadas por los trastornos mentales en la asistencia psiquiátrica es compatible con las metas del movimiento para la Salud Mental Global, que recomienda un enfoque de base amplia para abordar las necesidades de salud mental y reducir el vacío del tratamiento, con una importante colaboración entre médicos y los afectados por los trastornos mentales. A través de la implantación de su Plan de Acción para 2008-2011 (8-9), la Asociación Psiquiátrica Mundial está trabajando para aumentar el número de psiquiatras y mejorar la calidad de la formación psiquiátrica y la educación continuada.

En conclusión, el incremento de los servicios psiquiátricos sólo se puede lograr de manera efectiva si coinciden tres elementos: el cambio de tareas para el personal no especialista; un incremento de los recursos psiquiátricos especializados que brinden una supervisión y un apoyo eficaz y sostenido; y una descentralización de los recursos psiquiátricos especializados.

La WPA seguirá promoviendo el desarrollo de la atención psiquiátrica y su integración en la asistencia primaria en todos los países, favoreciendo la implantación de todas las estrategias identificadas en este estudio.

## APÉNDICE

Los Representantes Zonales y Asociaciones Integrantes de la WPA que participan en la encuesta son: Raymond Tempier (WPA Zona 1 y la Canadian Psychiatric Association), Michelle B. Riba (WPA Zona 2 y la American Psychiatric Association), Mauricio Sanchez (WPA Zona 3), Fabrizio Delgado Campodonico (WPA Zona 4), Luis Risco (WPA Zona 5), Linda Gask (WPA Zona 6), Henrik Wahlberg (WPA Zona 7), Miquel Roca (WPA Zona 8), Dusica Lecic-Tosevski (WPA Zona 9), Armen Soghoyan (WPA Zona 10 y la Armenian Association of Psychiatrists and Narcologists), Driss Moussaoui (WPA Zona 11), Charles Baddoura (WPA Zona 12), Joseph Adeyemi (WPA Zona 13), Solomo Rataemane (WPA Zona 14), S. Ahmed Jalili (WPA Zona 15), E. Mohandas (WPA Zona 16 y la Indian Psychiatric Society), Naotaka Shinfuku (WPA Zona 17), Julian Freidin (WPA Zona 18), Juan Carlos Stagnaro (Association of Argentinean Psychiatrists), Inés Josefina Puig (Foundation for Interdisciplinary Investigation of Communication, Argentina), Kenneth Kirkby (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists), Michael Musalek (Austrian Association of Psychiatry and Psychotherapy), Nadir Ismayilov (Azerbaijan Psychiatric Association), Golam Rabbani (Bangladesh Association of Psychiatrists), Sharon Harvey (Barbados Association of Psychiatrists), Bernard Sabbe (Society of Flemish Neurologists and Psychiatrists, Belgium), Nils Noya-Tapia (Bolivian Society of Psychiatry), Marija Burgic-Radmanovic (Psychiatric Association of Bosnia-Herzegovina), Luiz Alberto Hetem (Brazilian Association of Psychiatry), Fatima Vasconcellos (Psychiatric Association of Rio de Janeiro State, Brazil), Juan Maass (Society of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery, Chile), Carlos Miranda (Colombian Psychiatric Association), Neophytos Papanephytous (Cyprus Psychiatric Association), Jiri Raboch (Czech Psychiatric Association), Anders Fink-Jensen (Danish Psychiatric Association), Ahmed Okasha (Egyptian Psychiatric Association), Jyrki Korkeila (Finnish Psychiatric Association), Julien Daniel Guelfi (Medical Psychologic Society, France), Frank Schneider (German Association for Psychiatry and Psychotherapy), Sammy Ohene (Ghana Psychiatric Association), George Christodoulou (Hellenic Psychiatric Association, Grecia), Constantin R. Soldatos (Hellenic Society of Neurology and Psychiatry, Grecia), See King Emilio Quinto Barrera (Guatemalan Psychiatric Association), Mario Mendoza (Honduran Society of Psychiatry), Roy Abraham Kallivayalil (Indian Association for Social Psychiatry), Shahrokh S. Gudarzi (Iranian Psychiatric Association), Mohammed R. Lafta (Iraqi Society of Psychiatrists), Mariano Bassi (Italian Psychiatric Association), Massimo Clerici (Italian Association for Research in Schizophrenia), Roger Gibson (Jamaica Psychiatric Association), Takuya Kojima (Japanese Society of Psychiatry and Neurology), Saltanat Nurmagambetova (Kazakh Association of Psychiatrists and Narcologists), Soo-Churl Cho (Korean Neuropsychiatric Association), Tamilla Kadyrova (Kyrgyz Psychiatric Association), Nabil Mikati

(Lebanese Psychiatric Society), Sojan Bajraktarov (Psychiatric Association of Macedonia), Teck Hoe Yen (Malaysian Psychiatric Association), Bayanhuu Ayushjav (Mongolian Mental Health Association), Lidija Injac Stevovic (Montenegrin Psychiatric Association), José Santiago Sequeira Molina (Nicaraguan Psychiatric Association), Oye Gureje (Association of Psychiatrists in Nigeria), Jan Olav Johannessen (Norwegian Psychiatric Association), Haroon Rashid Chaudhry (Pakistan Psychiatric Society), Bassam Al-Ashhab (Palestinian Psychiatric Association), Aleksander Araszkiwicz (Polish Psychiatric Association), Dan Prelipceanu (Romanian Psychiatric Association), Valery Krasnov (Russian Society of Psychiatrists), Anatoly Bogdanov (Independent Psychiatric Association of Russia), Miroslava Jasovic-Gasic (Serbian Psychiatric Association), Livia Vavrusova (Slovak Psychiatric Association), Peter Pregelj (Psychiatric Association of Slovenia), Alberto Fernández Liria (Spanish Association of Neuropsychiatry), Abdallah Abdelrahman (Sudanese Association of Psychiatrists), Pichet Udomratn (Psychiatric Association of Thailand), Halis Ulas (Psychiatric Association of Turkey), Peykan Gokalp (Turkish Neuro-Psychiatric Association), Fred N. Kigozi (Uganda Psychiatric Association), Greg Richardson (Royal College of Psychiatrists, UK).

## Bibliografía

1. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M et al. Resources 1. for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 2007;370:878-89.
2. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291:2581-90.
3. Kebede D, Alem A, Shibre T et al. Onset and clinical course of schizophrenia in Butajira-Ethiopia – a community-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:625-31.
4. Editorial. A movement for global mental health is launched. *Lancet* 2008;372:1274.
5. Lancet Global Mental Health Group. Scaling up services for mental disorders – a call for action. *Lancet* 2007;370:1241-52.
6. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP): scaling up care for mental, neurological and substance abuse disorders. Geneva: World Health Organization, 2008.
7. Patel V, Thornicroft G. Packages of care for mental, neurological, and substance use disorders in low- and middle-income countries: *PLoS Med* 2009;6:e1000160.
8. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008;7:129-30.
9. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2009;8:65-6.
10. Saxena S, Sharan P, Garrido M et al. World Health Organization's Mental Health Atlas 2005: implications for policy development. *World Psychiatry* 2006;5:179-84.
11. Patel V. The future of psychiatry in low and middle income countries. *Psychol Med* 2009;39:1759-62.
12. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007;370:1164-74.

# Tipos de tratamiento de la depresión en mujeres veteranas con trastornos cardiovasculares o diabetes

USHA SAMBAMOORTHY<sup>1,2,3</sup>, CHAN SHEN<sup>4</sup>, PATRICIA FINDLEY<sup>1,5</sup>, SUSAN FRAYNE<sup>6</sup>, RANJANA BANERJEA<sup>7</sup>

<sup>1</sup>New Jersey Veterans Administration Healthcare System, East Orange, NJ 07018; <sup>2</sup>Department of Pharmaceutical Systems and Policy, School of Pharmacy, West Virginia University, Morgantown, WV; <sup>3</sup>Department of Community Health and Preventive Medicine, Morehouse School of Medicine, Atlanta, GA; <sup>4</sup>Department of Economics, Georgetown University, Washington, DC; <sup>5</sup>School of Social Work, Rutgers University, New Brunswick, NJ; <sup>6</sup>VA Palo Alto Health Care System, Menlo Park, CA; <sup>7</sup>Department of Veterans Affairs, Washington, DC, USA

El propósito de este estudio fue evaluar los tipos de tratamiento de la depresión en mujeres veteranas con diagnóstico de trastornos cardiovasculares o diabetes. Utilizamos datos longitudinales de los archivos combinados de Veteran Health Administration (VHA) y Medicare de 2002 a 2003. Se llevaron a cabo las pruebas de la  $\chi^2$  y el análisis de regresión logística multinomial para analizar el tratamiento de la depresión en mujeres veteranas con nuevos casos de episodios depresivos y uno de los siguientes trastornos crónicos: diabetes o cardiopatía coronaria o hipertensión. En general, 77% recibieron tratamiento de depresión, 54% sólo con antidepresivos, 4% sólo con psicoterapia, y 19% con los dos. La regresión logística multifactorial reveló que las mujeres afroestadounidenses tenían más posibilidades de corresponder al grupo sin tratamiento y también más posibilidad que las de raza blanca de recibir psicoterapia en vez de antidepresivos. Las mujeres mayores y las que sólo padecían arteriopatía coronaria tuvieron menos posibilidades de recibir tratamiento:

**Palabras clave:** Depresión, mujeres, arteriopatía coronaria, hipertensión, diabetes, antidepresivos, psicoterapia.

(*World Psychiatry* 2010;9:177-182)

Está bien establecida la mayor prevalencia mundial de la depresión en las mujeres que en los hombres (1). Sin embargo, las investigaciones sobre el tratamiento de la depresión en las mujeres, específicamente cuando la depresión se presenta junto con otras enfermedades médicas, no ha recibido mucha atención. Se pueden integrar ciertas pruebas indirectas de los tipos de tratamiento de la depresión en las mujeres a través de los estudios que analizan las diferencias de género en la depresión o estudios que evalúan la calidad del tratamiento en la depresión. Un estudio realizado en la década de 1990 informó que las mujeres atendidas por médicos de atención primaria tenían más posibilidades de recibir una receta de un fármaco antidepresivo que los hombres (2). En adultos mayores de 60 años de edad, las mujeres tuvieron más posibilidades que los hombres de recibir tratamiento de la depresión (3). En estudios aleatorizados y comparativos en los que se evaluó el mejoramiento de la calidad para el tratamiento de la depresión, las mujeres tuvieron más posibilidades de recibir tratamientos de la depresión que los hombres en el transcurso del tiempo (4). Basándose en las respuestas de los psiquiatras a videocaricaturas que ilustraban a un paciente anciano con depresión a edad avanzada, se llegó a la conclusión de que el género sexual del paciente no influía en el tratamiento de la depresión (5).

Sin embargo, en ninguno de los estudios se evaluó el tratamiento de la depresión cuando las enfermedades crónicas se presentaban simultáneamente con el síndrome de depresión. Es necesario un análisis de las tasas y los tipos de tratamiento de la depresión en las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. Una de cada cinco mujeres tienen alguna forma de enfermedad cardiovascular (6) y son más frecuentes las mujeres con diabetes que los hombres (7). En una muestra de mujeres diabéticas, la depresión mayor fue un factor de riesgo independiente que aceleró la aparición de la cardiopatía coronaria (8). Además, en el primer estudio clínico en que se evaluó la relación entre el tratamiento de la depresión y la mortalidad en los pacientes con cardiopatía coronaria se comunicó una interacción importante entre el tratamiento y el género sexual, lo que

indica que las mujeres pueden haber tenido peores pronósticos que los hombres (9).

El objetivo principal de este estudio fue comunicar las tasas de tratamiento de la depresión (antidepresivos o psicoterapia) en las mujeres con diabetes o arteriopatía coronaria o hipertensión y analizar las variaciones de estas tasas por sus características demográficas, socioeconómicas y estado de salud. La población de mujeres veteranas tiene especial interés pues es escasa la investigación en las mujeres veteranas con trastornos físicos crónicos (10) y, específicamente, los problemas de tratamiento en las mujeres veteranas con enfermedades físicas y mentales concomitantes se han mantenido como un campo de investigación no estudiado dentro de la Veteran Health Administration (VHA) (11).

Estudiamos a las mujeres veteranas que utilizaban las clínicas de la VHA y que tenían un diagnóstico de diabetes o arteriopatía coronaria o hipertensión en el año fiscal 2002 y evaluamos el tratamiento de la depresión para determinar los episodios de depresión reciente en el año fiscal 2003.

## MÉTODOS

Los datos para nuestro estudio se derivaron de la combinación de datos de VHA y Medicare en los años fiscales 2002 y 2003. El año fiscal 2002 representó el año del 1° de octubre de 2001 al 30 de septiembre de 2002; el año fiscal 2003 representó el año del 1° de octubre de 2002 al 30 de septiembre de 2003. Excluimos a mujeres veteranas que fallecieron hacia el término del año fiscal 2003. Entre las participantes de VHA y Medicare incluimos sólo a las mujeres veteranas que tenían una incorporación de tarifa por servicio para los 12 meses en 2002 y 2003.

Identificamos a las mujeres veteranas con diabetes o arteriopatía coronaria o hipertensión durante el año fiscal 2002 utilizando un algoritmo basado en los códigos ICD-9-CM específicos de enfermedad, el número de encuentros para atención clínica, el lugar de tratamiento (intrahospitalario por contraposición a ambulatorio) y el nivel del diagnóstico (primario frente a otro).

Por ejemplo, para identificar a las mujeres con arteriopatía coronaria, fue necesario que se realizara por lo menos una consulta intrahospitalaria o ambulatoria con un diagnóstico primario de arteriopatía coronaria o dos consultas ambulatorias con diagnóstico de arteriopatía coronaria primaria o secundaria.

Se identificó cualquier diagnóstico de depresión utilizando los códigos de la ICD-9-CM 296.2 (trastorno depresivo mayor, un solo episodio), 296.3 (trastorno depresivo mayor, episodio recidivante), 311 (depresión no clasificada en otros lugares), 309.1 (reacción depresiva prolongada), 300.4 (depresión neurótica), 309.0 (trastorno de ajuste con depresión) y 298.0 (psicosis de tipo depresivo). Para definir un nuevo episodio de depresión en el año fiscal 2003, realizamos un seguimiento de un algoritmo utilizado en nuestro trabajo previo publicado: los criterios consistieron en depresión negativa o antecedente de tratamiento farmacológico antidepresivo durante 120 días en la fecha del primer diagnóstico de depresión en el año fiscal 2003 o antes (12). Para posibilitar un seguimiento suficiente del tratamiento de la depresión, incluimos sólo a quienes habían tenido un mínimo de seis meses de seguimiento durante el periodo del año fiscal 2003.

Por consiguiente, la población de estudio final para el análisis consistió en mujeres veteranas que utilizaron las clínicas de la VHA y a las que se les diagnosticó diabetes o arteriopatía coronaria o hipertensión, de las cuales 8.147 tuvieron un nuevo diagnóstico de depresión en el año fiscal 2003.

Se identificaron los fármacos antidepresivos utilizando los nombres de los fármacos de los archivos de la Administración de Beneficio de Farmacia (PBM) de la VHA. Durante el periodo de observación, Medicare no proporcionó beneficios de fármacos de receta. Por tanto, los antidepresivos se derivaron sólo de los archivos de la VHA. En las mujeres veteranas con nuevos casos de depresión en el año fiscal 2003 y con diagnóstico de diabetes o arteriopatía coronaria o hipertensión en el año fiscal 2002, se consideró que cualquier mujer con un mínimo de una receta de fármaco antidepresivo en la fecha del diagnóstico de depresión en 2003 y después estaba recibiendo tratamiento antidepresivo para la depresión.

Recopilamos una lista exhaustiva de códigos de psicoterapia utilizando los códigos de terminología de procedimientos actuales (CPT) tanto de los archivos de la VAH como de Medicare para evaluar los tratamientos de psicoterapia de la depresión. La lista de códigos fue analizada por psicólogos y psiquiatras del equipo de investigación. Así mismo, en las mujeres veteranas con nuevos episodios de depresión, se definió como uso de psicoterapia cualquier consulta con códigos de psicoterapia en los primeros 180 días de la fecha de inicio del primer episodio de depresión o después de la misma en el año fiscal 2003.

Basándonos en las recetas de antidepresivos y en las consultas de psicoterapia, clasificamos a las mujeres veteranas en cuatro categorías mutuamente exclusivas: ningún tratamiento antidepresivo; sólo uso de antidepresivos; sólo uso de psicoterapia; y tanto antidepresivos como psicoterapia. Debido al número tan pequeño de mujeres veteranas ( $n = 297$ ; 3,6%) que utilizaron sólo psicoterapia, las diferencias de subgrupo en psicoterapia sólo generaron muchos grupos con menos de dos individuos. Por tanto, combinamos los grupos que recibieron psicoterapia con y sin antidepresivos y analizamos el tratamiento de la depresión con tres categorías.

Las variables independientes consistieron en raza/etnicidad (blanca, afroestadounidenses, hispanoamericanos, otros y faltantes), edad (menos de 50 años, 50 a 64 años, 65 a 74 años y 75 o más años), incorporación en Medicare de tarifa por servicio

(en 12 meses frente a sólo cobertura de VHA), región (Noreste/Medio Oeste/Sur/Oeste), diagnóstico índice en el año fiscal 2002 (diabetes solamente), arteriopatía coronaria solamente, hipertensión solamente, diabetes y arteriopatía coronaria, diabetes e hipertensión, arteriopatía coronaria e hipertensión, o los tres trastornos), otros trastornos físicos (ninguno, uno, dos o más) y trastornos psiquiátricos concomitantes (trastornos por ansiedad, trastorno bipolar, psicosis además de la esquizofrenia, trastorno por estrés postraumático (PTSD), esquizofrenia y toxicomanía). Todos los trastornos médicos y psiquiátricos concomitantes se basaron en los códigos de ICD-9-CM para el año fiscal 2002.

Las diferencias de grupo en el tratamiento de la depresión fueron evaluadas con la estadística de la  $\chi^2$ . Para evaluar los tipos de tratamiento de depresión en las mujeres veteranas, utilizamos la regresión logística multifactorial. Se llevaron a cabo análisis bifactoriales y multifactoriales con la variable de tres niveles de tratamiento de la depresión («ningún tratamiento» «sólo antidepresivos» y «psicoterapia con o sin antidepresivos»). Los estimados de la variable de la regresión logística multinomial fueron transformados en oportunidades relativas y sus intervalos de confianza de 95% correspondientes. En el análisis de regresión multinomial, para la variable dependiente, el grupo de referencia fue «sólo uso de antidepresivo».

## RESULTADOS

En la tabla 1 se proporciona una descripción de la población de nuestro estudio consistente en 8.147 mujeres veteranas con un nuevo episodio de depresión en el año fiscal 2003 y un diagnóstico de diabetes con arteriopatía coronaria o hipertensión en el año fiscal 2002. Una mayoría de las mujeres veteranas eran blancas (69% frente a 19% afroestadounidenses y 1,19% latinoamericanas); 25% de las mujeres veteranas tenían 65 o más años de edad. Casi la mitad (55%) de las mujeres veteranas estaban incorporadas en el sistema de tarifa por servicio de Medicare. Una mayoría contundente de mujeres veteranas (84%) tenía hipertensión, sea sola (55%) o en combinación con diabetes o arteriopatía coronaria (29%). Treinta y nueve por ciento de las mujeres veteranas reunieron los requisitos para la incorporación en la VHA debido a una posición económica de bajos ingresos. El trastorno psiquiátrico concomitante más frecuente fue el de trastornos por ansiedad (20%). Otro problema frecuente fue el de los trastornos por toxicomanía: 20% tuvieron consultas clínicas por diagnóstico de toxicomanía (alcohol, drogas o tabaco).

Entre las personas con nuevos episodios de depresión en el año fiscal 2003, a 54% se les prescribió únicamente antidepresivos, a 23% se les aplicó psicoterapia con o sin antidepresivos y 23% no habían recibido tratamiento de la depresión (tabla 2). Todas las diferencias de bivariadas en los subgrupos en cuanto al tratamiento de la depresión fueron significativas; por tanto, resaltamos sólo las que tuvieron significación en la regresión logística multifactorial (tabla 3). Un porcentaje de mujeres afroestadounidenses notablemente mayor que de las mujeres blancas (26,5% frente a 17,1%) no tenían recetas de antidepresivos o consultas de psicoterapia a los 180 días de seguimiento. Las oportunidades relativas ajustadas para ningún tratamiento en las afroestadounidenses fue 1,25 (IC del 95% = 1,05 a 1,49) en comparación con sólo antidepresivos (tabla 3). La psicoterapia más que el empleo de antidepresivos fue más probable en las mujeres afroestadounidenses que en las mujeres blancas (32,0% frente a 18,9%) con oportunidades relativas ajustadas de 1,38 (IC del 95% = 1,19 a 1,59).

**Tabla 1** Descripción de la población del estudio (N = 8.147)

	N	%
<i>Raza/etnicidad</i>		
Blancos	5.598	68,7
Afroestadounidenses	1.530	18,8
Latinoamericanas	153	1,9
Otras	73	0,9
<i>Edad</i>		
< 50 años	3.018	37,0
50 a 64	2.253	27,7
65 a 74 años	874	10,7
75,+	2.002	24,6
<i>Estado prioritario</i>		
Discapacitada	3.706	45,5
Pobre	3.157	38,8
Copago	1.188	14,6
<i>Diagnóstico índice</i>		
Diabetes únicamente	683	8,4
Arteriopatía coronaria solamente	295	3,6
Hipertensión solamente	4.435	54,4
Diabetes más arteriopatía coronaria	53	0,7
Diabetes más hipertensión	1.199	14,7
Arteriopatía coronaria más hipertensión	927	11,4
Los tres trastornos	555	6,8
<i>Otros trastornos físicos</i>		
Ninguno	252	3,1
Uno	1.688	20,7
Dos o más	6.207	76,2
<i>Otros trastornos psiquiátricos</i>		
Trastornos por ansiedad	1.662	20,4
Trastorno bipolar	733	9,0
Psicosis diferentes a la esquizofrenia	527	6,5
Trastorno por estrés postraumático	897	11,0
Esquizofrenia	524	6,4
Cualquier toxicomanía	1.647	20,2

Las mujeres mayores (65 y más años de edad en comparación con las del grupo de 50 y menos años de edad) tenían más posibilidades de «ningún tratamiento de la depresión». Las oportunidades relativas ajustada para ningún tratamiento fueron de 1,40 (IC del 95% = 1,03 a 1,90) para las mujeres veteranas que solo tenían arteriopatía coronaria en comparación con las mujeres veteranas que solo padecían hipertensión. Se observaron variaciones en las relaciones entre el tipo de enfermedad mental y el tratamiento de la depresión. Por ejemplo, las personas con trastornos por ansiedad o trastorno por estrés postraumático tuvieron menos posibilidad de no recibir «ningún tratamiento depresivo», en tanto que aquellas con psicosis tuvieron más posibilidades de no recibir «ningún tratamiento de la depresión». Las pacientes con cualquier trastorno por toxicomanía tuvieron menos posibilidades de no recibir «ningún tratamiento de la depresión».

## DISCUSIÓN

En este estudio, evaluamos los tipos de tratamiento de la depresión en mujeres veteranas con trastornos cardiovasculares o diabetes y nuevos casos de depresión. Debido a que en muy pocos estudios de observación se ha analizado el tratamiento de la depresión en mujeres con enfermedades crónicas, no pudimos comparar las tasas de tratamiento de depresión en nuestro estudio con otros estudios. Aunque no son directamente comparables, en un estudio basado en 18 mujeres con diabetes bien controlada y depresión que viven en el noreste

de Connecticut, sólo 18% fueron tratadas con psicoterapia y antidepresivos (13), lo cual es similar a nuestras tasas globales de psicoterapia estimadas en 23%.

La menor posibilidad de tratamiento sólo con antidepresivos en mujeres afroestadounidenses en comparación con mujeres blancas es similar a los hallazgos de las discrepancias raciales en la población general (14,15) en individuos con cardiopatía (16) y en veteranas con diabetes (12). Todas las mujeres de nuestro estudio tenían protección para medicamentos de receta. En el caso de un acceso igualado por lo que respecta a la cobertura de seguro, uno de los factores que pudo explicar las diferencias raciales puede ser el mayor estigma psiquiátrico en las afroestadounidenses en general (17,18) y es posible que sea mayor en las mujeres afroestadounidenses que en las mujeres blancas (19). Sin embargo, las mujeres afroestadounidenses tuvieron las mismas posibilidades que las blancas de recibir psicoterapia. Entre los hombres y las mujeres, las afroestadounidenses tuvieron menos posibilidades que las blancas de aceptar medicación antidepresiva para el tratamiento de la depresión (17). Una mayoría de las mujeres que recibieron psicoterapia informaron que el tratamiento es aceptable (20) y las minorías raciales en general prefieren el asesoramiento para la depresión que los antidepresivos (21). En conjunto, nuestros hallazgos y los de la bibliografía señalan que el fomentar la psicoterapia en esta población podría ser una manera de reducir las discrepancias raciales en el tratamiento de la depresión.

En comparación con las mujeres que solo tienen hipertensión, las mujeres con arteriopatía coronaria tuvieron más posibilidades de corresponder a la categoría de ningún tratamiento de la depresión. Se necesitan más investigaciones para evaluar si esta menor posibilidad de tratamiento en estas mujeres está relacionada con los desenlaces adversos observados en el estudio (ENRICHD). Las mujeres con arteriopatía coronaria en nuestro estudio tuvieron las mismas posibilidades que las mujeres con sólo hipertensión de utilizar psicoterapia. Dados los efectos favorables de la psicoterapia que se observaron en el estudio ENRICHD (9,22), podría recomendarse la psicoterapia para el tratamiento de la depresión en esta población de mujeres veteranas (23). Además, como lo recomienda el panel consultivo para tratamiento de la cardiopatía y la depresión, a estas mujeres se les debe vigilar estrechamente a fin de evaluar los desenlaces en la salud psiquiátrica y cardíaca (24).

Los hallazgos de nuestro estudio no respaldan la percepción general de que la multimorbilidad puede dar por resultado un menor tratamiento de la depresión (25). En nuestro estudio, las mujeres veteranas con combinaciones de diabetes, arteriopatía coronaria e hipertensión y también con un incremento en el número de otros trastornos físicos no tuvieron menos posibilidades de recibir tratamiento de la depresión. Esto es compatible con un estudio recién publicado en el que se llegó a la conclusión de que el tratamiento de la depresión en el contexto de la atención primaria no está influido por las exigencias competitivas de asistencia por otros trastornos médicos concomitantes (26). Es posible que la falta de diferencia significativa en el tratamiento según la comorbilidad se deba a una vigilancia estrecha de personas con enfermedades mentales graves como depresión y enfermedades crónicas (27).

Aunque la mejora de los síntomas depresivos a consecuencia del tratamiento de la depresión dentro de los contextos integrados (es decir, psiquiatría y asistencia primaria) como la VHA se han observado en adultos mayores (28) y en personas con enfermedades crónicas (29), encontramos diferencias en

**Tabla 2** Descripción de la población según categorías de tratamiento de la depresión

	Ningún tratamiento		Sólo antidepresivos		Psicoterapia		p
	N	%	N	%	N	%	
	<b>1.887</b>	<b>23,2</b>	<b>4.388</b>	<b>53,9</b>	<b>1.872</b>	<b>23,0</b>	
<i>Raza/etnicidad</i>							<0,001
Blancas	1.486	26,5	3.055	54,6	1.057	18,9	
Afroestadounidenses	261	17,1	780	51,0	489	32,0	
Latinoamericanas	27	17,6	79	51,6	47	30,7	
Otras	17	23,3	39	53,4	17	23,3	
<i>Edad</i>							<0,001
< 50 años	421	13,9	1.648	54,6	949	31,4	
50 a 64	354	15,7	1.298	57,6	601	26,7	
65 a 74 años	290	33,2	449	51,4	135	15,4	
75,+	822	41,1	993	49,6	187	9,3	
<i>Estado conyugal</i>							<0,001
Casadas	605	23,4	1.427	55,3	550	21,3	
Viudas	478	35,3	694	51,3	181	13,4	
Divorciadas/separadas	484	18,4	1.439	54,8	702	26,7	
Nunca casadas	309	20,1	803	52,3	422	27,5	
<i>Estado predominante</i>							<0,001
Discapacitadas	731	19,7	2.023	54,6	952	25,7	
Pobre	792	25,1	1.646	52,1	719	22,8	
Copago	347	29,2	662	55,7	179	15,1	
Desconocido	17	17,7	57	59,4	22	22,9	
<i>Diagnóstico índice</i>							<0,001
Sólo diabetes	126	18,4	368	53,9	189	27,7	
Sólo arteriopatía coronaria	74	25,1	147	49,8	74	25,1	
Sólo hipertensión	920	20,7	2.418	54,5	1.097	24,7	
Diabetes más arteriopatía coronaria	20	37,7	29	54,7	4	7,5	
Diabetes más hipertensión	280	23,4	659	55,0	260	21,7	
Arteriopatía coronaria más hipertensión	294	31,7	480	51,8	153	16,5	
Los tres trastornos	173	31,2	287	51,7	95	17,1	
<i>Otros trastornos físicos</i>							<0,001
Ninguno	33	13,1	134	53,2	85	33,7	
Uno	289	17,1	914	54,1	485	28,7	
Dos o más	1.565	25,2	3.340	53,8	1.302	21,0	
<i>Trastornos por ansiedad</i>							<0,05
Sí	344	20,7	938	56,4	380	22,9	
No	1.543	23,8	3.450	53,2	1.492	23,0	
<i>Trastorno bipolar</i>							<0,01
Sí	148	20,2	440	60,0	145	19,8	
No	1.739	23,5	3.948	53,3	1.727	23,3	
<i>Psicosis además de la esquizofrenia</i>							<0,001
Sí	163	30,9	273	51,8	91	17,3	
No	1.724	22,6	4.115	54,0	1.781	23,4	
<i>Trastorno por estrés traumático</i>							<0,001
Sí	94	10,5	583	65,0	220	24,5	
No	1.793	24,7	3,805	52,5	1.652	22,8	
<i>Esquizofrenia</i>							<0,05
Sí	118	22,5	307	58,6	99	18,9	
No	1.769	23,2	4.081	53,5	1.773	23,3	
<i>Cualquier toxicomanía</i>							<0,001
Sí	273	16,6	923	56,0	451	27,4	
No	1.614	24,8	3.465	53,3	1.421	21,9	

el tratamiento de la depresión según la edad. Estas diferencias fueron similares a las observadas en la población general (30) y en la población de veteranos con diabetes (12). Se documentaron múltiples obstáculos al tratamiento de la depresión entre individuos mayores (30). Sin embargo, los individuos mayores por lo general prefieren el tratamiento integrado en el contexto de la cardiopatía (29). Las intervenciones para mejorar el tratamiento de la depresión en adultos mayores podrían incluir materiales educativos que resalten la depresión como un factor de riesgo cardiovascular.

El estudio tuvo muchas ventajas, tales como el empleo de una extensa base de datos nacional de mujeres veteranas, la disponibilidad de información de Medicare y VHA para ayudar a captar los datos de utilización completos y la capacidad de identificar diabetes, arteriopatía coronaria, hipertensión y depresión identificadas. Una de las principales limitaciones del estudio es que sólo observamos la prescripción de antidepresivos y no contamos con información sobre el uso efectivo de los medicamentos. Así mismo, sólo observamos las consultas de la psicoterapia actual y desconocemos si las mujeres veteranas

**Tabla 3** Oportunidades relativas ajustadas (ORA) de la regresión logística multinomial en el tratamiento de la depresión

	Ningún tratamiento			Psicoterapia		
	ORA	IC del 95%	p	ORA	IC del 95%	p
<i>Raza/etnicidad</i>						
Afroestadounidenses	1,25	1,05 a 1,49	<0,05	1,38	1,19 a 1,59	<0,001
Latinoamericanas	1,05	0,66 a 1,67		1,35	0,92 a 1,98	
Otras	1,33	0,73 a 2,40		1,03	0,58 a 1,85	
<i>Edad</i>						
< 50 años						
50 a 64	0,99	0,84 a 1,17		0,86	0,75 a 0,98	<0,05
65 a 74 años	1,62	1,29 a 2,03	<0,001	0,77	0,60 a 0,99	<0,05
75, +	2,01	1,63 a 2,47	<0,001	0,49	0,39 a 0,61	<0,001
<i>Diagnóstico índice</i>						
Sólo diabetes	1,22	0,96 a 1,56		1,03	0,82 a 1,28	
Sólo arteriopatía coronaria	1,40	1,03 a 1,90	<0,05	1,15	0,84 a 1,56	
Sólo hipertensión						
Diabetes más arteriopatía coronaria	1,62	0,88 a 2,97		0,38	0,13 a 1,09	
Diabetes más hipertensión	1,03	0,87 a 1,21		0,98	0,83 a 1,15	
Arteriopatía coronaria más hipertensión	1,08	0,91 a 1,29		1,04	0,85 a 1,28	
Los tres trastornos	1,06	0,86 a 1,31		1,12	0,87 a 1,45	
<i>Otros trastornos físicos</i>						
Ninguno						
Uno	1,41	0,91 a 2,19		0,89	0,63 a 1,24	
Dos o más	1,42	0,92 a 2,20		0,88	0,63 a 1,23	
<i>Trastornos por ansiedad</i>						
Sí	0,81	0,70 a 0,94	<0,01	1,07	0,93 a 1,23	
No						
<i>Trastorno bipolar</i>						
Sí	0,92	0,74 a 1,14		0,79	0,64 a 0,98	<0,05
No						
<i>Psicosis diferentes a la esquizofrenia</i>						
Sí	1,30	1,04 a 1,62	<0,05	1,05	0,81 a 1,37	
No						
<i>Trastorno por estrés postraumático</i>						
Sí	0,45	0,36 a 0,57	<0,001	0,77	0,65 a 0,91	<0,01
No						
<i>Esquizofrenia</i>						
Sí	1,00	0,78 a 1,28		0,81	0,63 a 1,05	
No						
<i>Cualquier toxicomanía</i>						
Sí	0,84	0,72 a 0,99	<0,05	1,12	0,98 a 1,29	
No						

fueron remitidas para psicoterapia y no acudieron a sus citas. Otra limitación de nuestro estudio es la generabilidad de los hallazgos fuera del sistema de VHA. Así mismo, el empleo de códigos diagnósticos de años específicos para identificar enfermedades crónicas tiene sus desventajas. Estos datos no se pueden utilizar para derivar variables como fecha de inicio, gravedad y duración de las enfermedades somáticas y mentales. La gravedad de la depresión podría haber atenuado solo la relación entre las bajas tasas de tratamiento de la depresión y la arteriopatía coronaria. Así mismo, la gravedad de las enfermedades físicas podría ser un obstáculo para el tratamiento de la depresión en caso de comorbilidad múltiple (26).

Pese a estas limitaciones, nuestro estudio contribuye a la bibliografía emergente que ha comenzado a evaluar los tipos de tratamiento en las mujeres con enfermedades crónicas. Las diferencias de subgrupo en el tratamiento de la depresión de mujeres veteranas con enfermedades crónicas en general fueron similares a los tipos observados en la población general de hombres y mujeres. Los hallazgos de nuestro estudio indican la necesidad de la investigación adicional para mejorar el tratamiento de la depresión en las mujeres con cardiopatías, integrar

el tratamiento de la depresión en el contexto de la reducción del riesgo cardiovascular y fomentar el uso de la psicoterapia para reducir las discrepancias raciales en el tratamiento de la depresión.

### Agradecimientos

Esta investigación fue financiada por donaciones del Department of Veterans Affairs, Health Services Research and Development Service: IAE 05-255; IIR-05-016 (Dras. Sambamoorthi y Banerjea); Estudio de Cohortes Epidemiológicas de Diabetes (Dr. Pogach).

Los hallazgos y opiniones aquí comunicados corresponden a los autores y no necesariamente representan los puntos de vista de cualquier otro individuo u organización.

### Bibliografía

1. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M et al. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord* 1993;29:85-96.

2. Williams JB, Spitzer RL, Linzer M et al. Gender differences in depression in primary care. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:654-9.
3. Unutzer J, Katon W, Callahan CM et al. Depression treatment in a sample of 1,801 depressed older adults in primary care. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:505-14.
4. Sherbourne CD, Weiss R, Duan N et al. Do the effects of quality improvement for depression care differ for men and women? Results of a group-level randomized controlled trial. *Med Care* 2004;42:1186-93.
5. Kales HC, Neighbors HW, Blow FC et al. Race, gender, and psychiatrists' diagnosis and treatment of major depression among elderly patients. *Psychiatr Serv* 2005;56:721-8.
6. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics – 2009 update. Dallas: American Heart Association, 2009.
7. Wild S, Roglic G, Green A et al. Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004;27:1047-53.
8. Clouse RE, Lustman PJ, Freedland KE et al. Depression and coronary heart disease in women with diabetes. *Psychosom Med* 2003;65:376-83.
9. Berkman LF, Blumenthal J, Burg M et al. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) randomized trial. *JAMA* 2003;289:3106-16.
10. Goldzweig CL, Balekian TM, Rolon C et al. The state of women veterans' health research. results of a systematic literature review. *J Gen Intern Med* 2006;21(Suppl. 3):S82-92.
11. Yano EM, Goldzweig C, Canelo I et al. Diffusion of innovation in women's health care delivery: the Department of Veterans Affairs' adoption of women's health clinics. *Womens Health Issues* 2006;16:226-35.
12. Tiwari A, Rajan M, Miller D et al. Guideline-consistent antidepressant treatment patterns among veterans with diabetes and major depressive disorder. *Psychiatr Serv* 2008;59:1139-47.
13. Whittemore R, Melkus GD, Grey M. Self-report of depressed mood and depression in women with type 2 diabetes. *Issues Ment Health Nurs* 2004;25:243-60.
14. Simpson SM, Krishnan LL, Kunik ME et al. Racial disparities in diagnosis and treatment of depression: a literature review. *Psychiatr Q* 2007;78:3-14.
15. Das AK, Olfson M, McCurtis HL et al. Depression in African Americans: breaking barriers to detection and treatment. *J Fam Pract* 2006;55:30-9.
16. Waldman SV, Blumenthal JA, Babyak MA et al. Ethnic differences in the treatment of depression in patients with ischemic heart disease. *Am Heart J* 2009;157:77-83.
17. Cooper LA, Gonzales JJ, Gallo JJ et al. The acceptability of treatment for depression among African-American, Hispanic, and White primary care patients. *Med Care* 2003;41:479-89.
18. Cooper-Patrick L, Powe NR, Jenckes MW et al. Identification of patient attitudes and preferences regarding treatment of depression. *J Gen Intern Med* 1997;12:431-8.
19. Menke R, Flynn H. Relationships between stigma, depression, and treatment in white and African American primary care patients. *J Nerv Ment Dis* 2009;197:407-11.
20. Swartz HA, Frank E, Shear MK et al. A pilot study of brief interpersonal psychotherapy for depression among women. *Psychiatr Serv* 2004;55:448-50.
21. Givens JL, Houston TK, Van Voorhees BW et al. Ethnicity and preferences for depression treatment. *Gen Hosp Psychiatry* 2007;29:182-91.
22. Carney RM, Freedland KE, Steinmeyer B et al. Depression and five year survival following acute myocardial infarction: a prospective study. *J Affect Disord* 2008;109:133-8.
23. Blumenthal J, Waldman M, Babyak MA. Treating depression in patients with heart disease: Is the glass half empty or half full? *Am Heart J* 2009;157:e35-e7.
24. Lichtman JH, Bigger JT, Jr., Blumenthal JA et al. Depression and coronary heart disease. Recommendations for screening, referral, and treatment. A science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research. Endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation* 2008;118:1768-75.
25. Nutting PA, Rost K, Smith J et al. Competing demands from physical problems: effect on initiating and completing depression care over 6 months. *Arch Fam Med* 2000;9:1059-64.
26. Ani C, Bazargan M, Hindman D et al. Comorbid chronic illness and the diagnosis and treatment of depression in safety net primary care settings. *Journal of the American Board of Family Medicine* 2009;22:123-35.
27. Krein SL, Bingham CR, McCarthy JF et al. Diabetes treatment among VA patients with comorbid serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2006;57:1016-21.
28. Skultety KM, Zeiss A. The treatment of depression in older adults in the primary care setting: an evidence-based review. *Health Psychol* 2006;25:665-74.
29. Bogner HR, de Vries HF. Integration of depression and hypertension treatment: a pilot, randomized controlled trial. *Annals of Family Medicine* 2008;6:295-301.
30. Zivin K, Kales HC. Adherence to depression treatment in older adults: a narrative review. *Drugs Aging* 2008;25:559-71.

# El empleo de los diagnósticos de la ICD-10 en los servicios psiquiátricos intrahospitalarios daneses durante el periodo de 2001 a 2007

POVL MUNK-JØRGENSEN<sup>1</sup>, MALENE NAJARRAQ LUND<sup>1</sup>, AKSEL BERTELSEN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unit for Psychiatric Research, Aalborg Psychiatric Hospital, Aarhus University Hospital, Mølleparkvej 10, PO Box 210, 9100 Aalborg;

<sup>2</sup>Centre for Psychiatric Research, Aarhus University Hospital, 8240 Risskov, Denmark

La versión danesa del capítulo de la ICD-10 sobre los trastornos mentales y conductuales tiene 380 diferentes diagnósticos en los que se utilizan tres dígitos. En este estudio se evalúa de qué manera y en qué medida se utilizaron muchos de los diagnósticos disponibles en los servicios psiquiátricos intrahospitalarios de Dinamarca durante el periodo de 2001 a 2007, a través de un análisis del número total de diagnósticos notificados al Registro de Investigación Central Psiquiátrica Danés (n = 1.260.097). Se alcanzó el centil 50 (50,1%) mediante el empleo de 16 diagnósticos (4,2% de 380 disponibles). Los tres diagnósticos registrados con más frecuencia fueron esquizofrenia paranoide, dependencia de alcohol y trastorno por ajuste, utilizados en 10,2%, 8,3% y 5,9% de las ocasiones, respectivamente. Se utilizaron siete diagnósticos (1,8%) entre una y cuatro ocasiones durante el periodo de siete años. Ciento nueve (28,7% de los diagnósticos disponibles) fueron utilizados en menos de 100 ocasiones cada uno. Estos datos indican que puede ser adecuado reconsiderar el número de diagnósticos necesarios en la actualización del capítulo de la ICD-10 sobre los trastornos mentales y conductuales.

**Palabras clave:** Diagnósticos psiquiátricos, ICD-10, servicios intrahospitalarios daneses.

(World Psychiatry 2010;9:183-184)

Las estadísticas sobre asistencia sanitaria psiquiátrica y la investigación epidemiológica casi siempre utilizan un número muy limitado de grupos de clasificación para la presentación de resultados, pocas veces más de ocho a 10. Los sistemas de clasificación actual, la ICD-10 y el DSM-IV-TR, abrieron varias posibilidades para el diagnóstico detallado dirigido al tratamiento de investigación. El capítulo de la ICD-10 sobre trastornos mentales y conductuales, utilizado en Dinamarca desde enero de 1994, tiene 380 diagnósticos diferentes cuando se utilizan tres dígitos (xx.x). El propósito de este estudio fue investigar de qué manera se utilizaron muchos de los diagnós-

ticos psiquiátricos disponibles y en qué grado en los servicios intrahospitalarios psiquiátricos de Dinamarca durante el periodo de 2001 a 2007.

Los datos utilizados fueron todos los diagnósticos notificados al Registro de Investigación Central Psiquiátrica de Dinamarca (DPCRR, por sus siglas en inglés) (1) desde el 1 de enero de 2001 hasta el 31 de diciembre de 2007. Los diagnósticos se notifican al registro en relación con el alta tras un episodio de tratamiento. Se incluyeron los diagnósticos de episodios de tratamiento intrahospitalario y ambulatorio así como las consultas a los servicios de urgencia psiquiátrica. Los pacientes

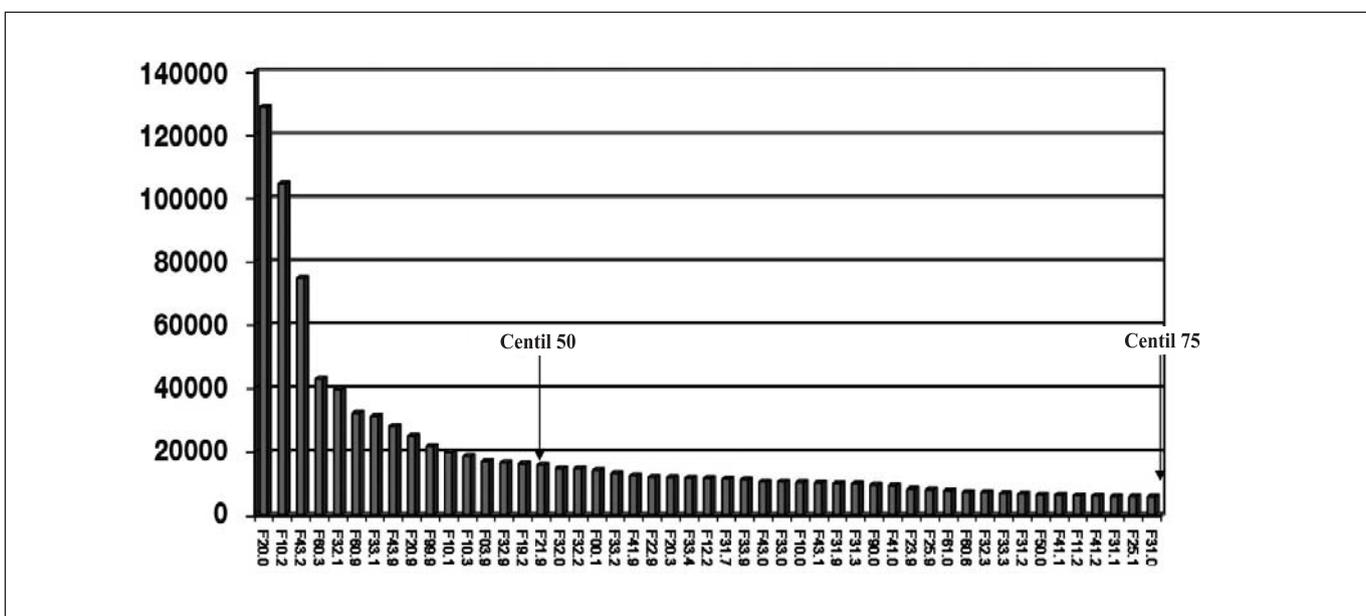


Figura 1 Las 49 categorías de la ICD-10 contribuyen a 75% de los diagnósticos establecidos en los centros de psiquiatría pública de Dinamarca durante el periodo de 2001 a 2007.

en tratamiento psiquiátrico en la población se incluyeron en el grupo de pacientes ambulatorios. Se consideraron tanto los diagnósticos principales como los auxiliares.

Durante el periodo de siete años, se comunicaron al DP-CRR 1.260.097 diagnósticos de 1.041.589 altas de 653.754 pacientes por episodios de tratamiento intrahospitalario y extrahospitalario. Se utilizaron los 380 posibles diagnósticos de la versión danesa de la ICD-10.

El centil 50 (10,1%) del total de 1.260.097 diagnósticos se alcanzó incluyendo 16 diagnósticos diferentes siendo el utilizado con más frecuencia el F20.0 (esquizofrenia paranoide), en 128.537 (10,2%) ocasiones. Se utilizó el F10.2 (síndrome por dependencia de alcohol) en 104.445 (8,3%) ocasiones y el F43.2 (trastorno por ajuste) 74.687 (5,9%) ocasiones.

Se alcanzó el centil 75 incluyendo 49 diagnósticos (fig. 1). Fueron suficientes 146 diagnósticos (38,4%) para alcanzar el centil 95. Se registraron 144 diagnósticos (37,9%) menos que 200 veces cada uno; 109 (28,7%) menos que en 100 ocasiones cada uno; 141 (37,1%) fueron utilizados 0,01% o menos del total de 1.260.097 diagnósticos.

Se emplearon tres diagnósticos sólo dos veces: farfalleo (F98.6), abuso de solventes volátiles (F18.8) y síndrome amnésico debido a abuso de solventes volátiles (F18.6). Se utilizaron dos sólo tres veces: afasia adquirida con epilepsia (F80.3) y otras alteraciones de la conducta debidas a un retraso mental intenso (F73.8). Se utilizaron dos sólo en cuatro ocasiones: pica en la lactancia y la infancia (F98.3) y otros trastornos mentales y conductuales debidos al empleo de alucinógenos (F16.8).

Estos resultados indican que los muy escasos de los 380 diagnósticos disponibles en la versión danesa de la ICD-10 contribuyen a una mayoría de los diagnósticos establecidos. Esto es compatible con el informe de Müssigbrodt et al., (2), quienes investigaron 25.470 diagnósticos principales establecidos en 19 departamentos de 10 países de cuatro continentes. Encontraron que 10 diagnósticos constituían 40%

de todos los casos y se utilizaron 121 en menos de 0.1% de los casos.

Ante la falta de un conocimiento claro sobre la patogenia de los trastornos psiquiátricos, la psiquiatría está abierta a la introducción de nuevos conceptos diagnósticos. Este proceso es bienvenido por la industria farmacéutica (3) y puede ser respaldado por el umbral decreciente para el malestar y la responsabilidad personal por la propia vida en las poblaciones occidentales (4).

Esta tendencia podría corregirse al actualizar los sistemas ICD y DSM, de preferencia involucrando también a la WPA (5), y mediante la revaloración de la evidencia científica necesaria para acuñar nuevos «trastornos», aunque tomando en cuenta la diversidad cultural (6).

Nuestro estudio se basó en un registro que abarcaba el ejercicio psiquiátrico hospitalario y extrahospitalario, por lo que no podemos descartar la posible utilidad que en el ejercicio privado tienen algunos de los diagnósticos que a menudo no se utilizan en los centros asistenciales públicos.

## Bibliografía

1. Munk-Jørgensen P, Mortensen PB. The Danish Psychiatric Central Register. *Dan Med Bull* 1997;44:82-4.
2. Müssigbrodt H, Micheks R, Malchow CP et al. Use of the ICD-10 classification in psychiatry: an international survey. *Psychopathology* 2000;33:94-9.
3. Healy D. The engineers of human souls and academia. *Epidemiol Psichiatria Soc* 2007;16:205-11.
4. Jensen H. *Ofrets århundrede (Century of victimization)*, 2nd ed. Copenhagen: Samlerens Paperbacks, 2002.
5. Maj M. WPA-WHO collaborative activities 2009-2011. *World Psychiatry* 2009;8:129-30.
6. Alarcón RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry* 2009;8:131-9.

# Enseñanzas obtenidas en el desarrollo de la asistencia mental comunitaria en África

CHARLOTTE HANLON, DAWIT WONDIMAGEGN, ATALAY ALEM

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Addis Ababa University, Addis Ababa, Ethiopia*

En este artículo se resumen los hallazgos de la Comisión de la WPA para determinar Pasos, Obstáculos y Errores a Evitar en la Implantación de la Asistencia Psiquiátrica a la Población en la Región de África. Presentamos un panorama de las políticas de salud mental, planes y programas en la región africana; un resumen de la investigación y los estudios pertinentes; una evaluación crítica de los componentes del servicio de salud mental en la colectividad; un análisis de los retos, obstáculos y enseñanzas obtenidas que son decisivos y algunas recomendaciones para el desarrollo de los servicios de salud mental para la población en la región africana.

**Palabras clave:** asistencia psiquiátrica a la población, África, asistencia sanitaria primaria, servicios de salud mental, análisis sistemático, enseñanzas obtenidas.

*(World Psychiatry 2010;9:185-189)*

Este estudio es uno de una serie en que se describe el desarrollo de la asistencia mental comunitaria en regiones de todo el mundo. En 2008, la Asamblea General de la WPA aprobó el Plan de Acción de la Asociación para el trienio de la presidencia del profesor Mario Maj (1,2), quien designó una Comisión para elaborar Directrices de la WPA con respecto a Pasos, Obstáculos y Errores a Evitar en la Implantación de la Asistencia Mental Comunitaria. Recientemente se publicó el propósito, los métodos y los principales hallazgos de esta Comisión (3). En este artículo, describimos estos aspectos en relación con África.

La región de África de la Organización Mundial de la Salud (OMS) comprende 46 países, de los cuales 30 se clasifican bajo la categoría de bajos ingresos. Los trastornos psiquiátricos al parecer tienen por lo menos la misma prevalencia que en los países de altos ingresos y se estima una prevalencia en el curso de la vida de 30,3% (4). La psiquiatría compite por su lugar entre otras prioridades de salud pública apremiantes y no obstante ha demostrado su importancia para alcanzar las Metas de Desarrollo del Milenio (5). Sin embargo, la financiación de la asistencia psiquiátrica en la región africana sigue siendo desproporcionadamente baja en comparación con la morbilidad de los trastornos psiquiátricos (6). Otros retos para el desarrollo de los servicios psiquiátricos en la región de África se derivan de la repercusión de conflictos, desastres naturales y fuga de cerebros profesionales de la salud mental de los servicios gubernamentales (7).

En este estudio, analizamos la implantación de la asistencia psiquiátrica a la población en los países africanos con especial énfasis en las evaluaciones de servicios que se han publicado y la experiencia de expertos en la región.

## **POLÍTICAS PSIQUIÁTRICAS, PLANES Y PROGRAMAS EN LA REGIÓN DE ÁFRICA**

Cuando se publicó el Atlas de la Salud Mental de la OMS (8), sólo había 23 países con una normatividad psiquiátrica en la región de África y otros seis países en el proceso de crear una normatividad. Nueve países contaban con un programa de salud mental ante la falta de una normatividad. Veinticinco países disponían de leyes psiquiátricas, aunque la mayor parte

no se había revisado en tiempos recientes. Sólo 56,5% de los países africanos comunicaron contar con asistencia mental comunitaria.

Aun cuando muchas políticas respaldan la descentralización de los servicios psiquiátricos y el desarrollo de los servicios orientados a la población, la implantación efectiva ha sido un considerable reto en todo el Continente Africano (9-11). En la mayor parte de los países africanos de bajos ingresos, ha sido problemático lograr una cobertura adecuada de la población con cualquier tipo de provisión de asistencia psiquiátrica, lo que ha dado por resultado grandes vacíos de tratamiento incluso para los trastornos mentales más graves (86).

## **RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN PERTINENTE EN LA REGIÓN DE ÁFRICA**

Se llevó a cabo un análisis sistemático de la bibliografía publicada y de la información no publicada para tratar de identificar los estudios en que se evaluaba la implantación de la asistencia psiquiátrica en África. Se ha descrito la metodología (3). En este documento, sólo se tomaron en cuenta los estudios realizados entre 1995 y 2009, ya que los estudios previos se han analizado con anterioridad (12).

Se identificó un total de 24 evaluaciones de los servicios psiquiátricos a la población. Se sintetizaron sus hallazgos y se presentan en las tablas 1 a 3. Así mismo, se identificaron análisis de evidencia científica y experiencia derivada de la implantación de la asistencia psiquiátrica en la colectividad, ambos de Sudáfrica (34,35).

La mayor parte de la investigación publicada sobre los servicios psiquiátricos en el África subsahariana se ha realizado en Sudáfrica (n = 17; 70,8%), un país de ingresos medios altos. Hay una falta notoria de bibliografía publicada en que se evalúe la puesta en práctica de la asistencia mental comunitaria en los países de bajos ingresos de África subsahariana. Sólo una minoría de los estudios (n = 5; 20,8%) incluyeron un elemento comparativo en su evaluación, comparando la preintervención con la postintervención, o refiriéndose a otro modelo de servicio, y en ninguno se utilizó la aleatorización.

Los estudios identificados han tomado en cuenta diferentes modelos de asistencia mental comunitaria, que van desde los

**Tabla 1** Síntesis de estudios que evalúan la calidad de la asistencia psiquiátrica en ámbitos de atención primaria en África subsahariana

Componente evaluado	Hallazgos
Diagnóstico	Sensibilidad diagnóstica de 76%, especificidad 98% (Guinea-Bissau) (3); el diagnóstico no está registrado en 44% de los casos (África subsahariana) (14); escasa conciencia de enfermedad psiquiátrica no psicótica (África subsahariana) (15)
Antecedentes psiquiátricos	Juzgados adecuadamente en 89% de los casos (África subsahariana) (16)
Medicación	Prescripción inadecuada en 8% de los casos de medicación de urgencia, en 40% para la medicación a largo plazo (África subsahariana) (16); polifarmacia en 88% de los casos (África subsahariana) (14); sólo 10% de las enfermeras están seguras en hacer cambios (África subsahariana) (14); suministro errático de medicamentos en Ghana, Kenya, Tanzania y Uganda (18)
Psicosocioterapia	Después de una capacitación breve en rehabilitación, se mantiene la fidelidad al modelo después de 18 meses (África subsahariana) (19), disponibilidad escasa de tratamientos en el ejercicio sistemático (15,20)
Asistencia continuada	15 a 18% en que se pierde el seguimiento (África subsahariana) (17); 36% no atendidos en seis meses (África subsahariana) (14)
Personal	Alto recambio (África subsahariana, Guinea-Bissau, Tanzania) (13,15,18)
Supervisión	Se observó que era esencial la coordinación con el servicio de especialistas (Guinea-Bissau) (13)

**Tabla 2** Síntesis de estudios en que se evalúan las perspectivas de profesionales y usuarios y cuidadores con respecto a la asistencia psiquiátrica en ámbitos de atención primaria en África subsahariana

Componente evaluado	Hallazgos
<i>Perspectivas del personal de atención primaria</i>	
Capacitación en la asistencia psiquiátrica	Inadecuada (15,21,22)
Actitudes hacia nuevas funciones	Aumento de las tensiones en 50% de los encuestados (África subsahariana) (21); 84% dijeron que los especialistas debieran conservar la responsabilidad (África subsahariana) (21); se tiene en mucha valía el respaldo (África subsahariana) (23); actitudes negativas residuales hacia las nuevas funciones (África subsahariana) (23)
Implantación	62% consideró que los servicios no contaban con personal suficiente (África subsahariana) (23); no transportación/no tiempo para el seguimiento (África subsahariana) (23); 79% consideraron que los servicios se limitaban a la prescripción de medicamentos (África subsahariana) (21); comprensión de la necesidad de asistencia psicosocial pero limitada en la práctica (África subsahariana) (24); servicios sociales escasos (África subsahariana) (23)
<i>Perspectivas de los pacientes</i>	
Satisfacción con la asistencia	La mayoría (> 90%) satisfecho pero > 50% de los pacientes negros preferían la asistencia intrahospitalaria a largo plazo (África subsahariana) (25); buena accesibilidad, menos estigmatización cuando se integra en la asistencia general (África subsahariana) (23); por lo general gran satisfacción con la asistencia (Uganda)(23); falta de atención a la salud física si está separada de la clínica psiquiátrica pero esperas más prolongadas, menos continuidad, calidad más deficiente si se integra en la asistencia general (África subsahariana) (23)
Síntomas	Reducción después de la intervención notificada por pacientes y cuidadores (Guinea-Bissau) (13)
Funcionamiento	El funcionamiento vocacional y laboral mejoró después de la rehabilitación (África subsahariana) (19)
<i>Perspectivas de cuidadores</i>	
Actitudes hacia la prestación de asistencia	La mayoría está satisfecha pero una gran proporción prefirió la asistencia intrahospitalaria diurna y a largo plazo (S. África) (25)
Satisfacción con la asistencia proporcionada	Gran satisfacción global (África Subsahariana) (22), falta de continuidad y tiempos de espera prolongados (África Subsahariana) (22); necesidad de más apoyo (26)

equipos de especialistas en seguimiento asertivo a variaciones en la integración de la psiquiatría en la atención primaria, por ejemplo: clínicas conjuntas entre trabajadores de atención primaria y enfermeras psiquiátricas, enfermeras psiquiátricas que colaboran en un ámbito de la atención primaria y personal de atención primaria que proporciona la mayor parte de la asistencia psiquiátrica con grados variables de apoyo psiquiátrico especializado. Es poco lo que se sabe sobre los méritos relativos de estos métodos diferentes, ya que son infrecuentes las comparaciones directas de la eficacia (23).

Gran parte de la atención de los estudios se ha dirigido a la calidad de la asistencia psiquiátrica proporcionada en la atención primaria, así como en las habilidades, el conocimiento y las actitudes de los trabajadores de atención primaria con respecto al diagnóstico y el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Anteriormente los estudios sobre la eficacia de la capacitación del personal de atención primaria para que brinden asistencia psiquiátrica han sido objeto de críticas por basarse en autoinformes por este personal (sujetos al sesgo de la conveniencia social) y por no analizar la sustentabilidad del efecto de la capacitación (12). Mediante la evaluación de los registros de casos que lleva

el personal de atención primaria (17), se pueden superar parte de la subjetividad de la evaluación, aunque el ejercicio documentado puede no concordar plenamente con el ejercicio clínico efectivo. Algunos estudios que incorporan métodos de observación han generado conceptos importantes (20,24). Por ejemplo, han revelado que la carga emocional de tratar con pacientes que tienen trastornos psiquiátricos puede contribuir a que el personal de atención primaria opere en un modelo biomédico de la atención orientado a tareas en vez de en un modelo más holístico contemplado por el modelo de atención primaria (24).

Aunque diversos estudios comprendieron evaluaciones de los grados de satisfacción con los servicios expresados por sus pacientes y sus familias (p. ej., 22) y un estudio tomó en cuenta los desenlaces sociales para el paciente (17), no identificamos ningún estudio en que se evaluaran los desenlaces clínicos de los pacientes utilizando escalas diagnósticas o de síntomas normalizadas y en ningún estudio se analizó la experiencia del paciente por lo que respecta a efectos secundarios de los medicamentos o variables de la salud física.

Sólo en un puñado de estudios se ha tratado de evaluar los procesos de servicio individuales que son necesarios para la

**Tabla 3** Síntesis de estudios que evalúan los servicios psiquiátricos especializados en la colectividad y las interacciones de servicios

Componente evaluado	Hallazgos
<i>Servicios especializados de psiquiatría en la colectividad</i>	
Prescripción de medicamentos	Polifarmacia innecesaria en 9% de los casos (África subsahariana) (28); prescripción inadecuada para el diagnóstico en 12 a 17% de los casos (África subsahariana) (28)
Intervenciones psicosociales	Recursos mínimos disponibles (África subsahariana) (15,20)
Remisión por recaídas frecuentes	Pocas veces se presenta (África subsahariana) (28)
Seguimiento	En 43 a 46% se perdió seguimiento (África subsahariana) (28); el seguimiento está basado principalmente en la clínica (Botswana) (26)
Servicio proporcionado	Enfoque estrecho en la prescripción por las enfermeras psiquiátricas (África subsahariana) (29); enfoque en gran parte biomédico por las enfermeras psiquiátricas (Botswana) (26); recursos mínimos disponibles para prevención, promoción y capacitación (África subsahariana) (15) sólo 8 a 10 minutos disponibles para la evaluación y el análisis (África subsahariana) (29)
Personal	Los médicos psiquiátricos de distrito son desviados a la asistencia a la salud general (África Subsahariana) (15)
<i>Interacciones de servicios</i>	
Sustentabilidad	Dificultad para la sustentabilidad (p. ej., Ghana) (18)
Coste-beneficio del servicio	Demostró beneficios en Guinea-Bissau) (13)
Remisión desde la población	Falta de cooperación por personal de atención primaria: función ambigua del personal extrahospitalario (África subsahariana) (30); los voluntarios de la población no son sostenibles si no reciben salario (Uganda) (18); las campañas de concienciación de la población son satisfactorias para aumentar la presentación (Nigeria, Uganda) (23,31)
Remisiones ascendentes	Incremento de la remisión a servicios regionales no nacionales (Uganda) (23)
Seguimiento	El seguimiento asertivo después del ingreso redujo la duración del reingreso en pacientes ambulatorios (33); la participación de los usuarios de los servicios logró para reducir las tasas de deserción (Uganda) (18)

implantación satisfactoria de la asistencia psiquiátrica a la población, por ejemplo, tomando en cuenta la eficacia de las redes para remitir a los pacientes (10,30). No se identificó ningún estudio en que se evaluara la cantidad y la calidad de la supervisión necesaria para posibilitar la prestación adecuada de asistencia psiquiátrica por los médicos de atención primaria, pese a la importancia reconocida de la supervisión para el éxito de la integración de la salud mental en la atención primaria (12). El hallazgo de que incluso las enfermeras psiquiátricas parecen renuentes a evaluar los diagnósticos, modificar los protocolos de medicación y mostrar iniciativa para dar de alta del seguimiento a los pacientes (27), subraya la importancia de evaluar los arreglos para la supervisión.

Así mismo, se carece de estudios que evalúen la eficacia de las intervenciones psicosociales aplicadas dentro de los límites del contexto de la atención primaria. Una excepción fue el estudio no aleatorizado en que se evaluó la incorporación de la rehabilitación psicosocial para pacientes con enfermedades psiquiátricas graves en el papel de las enfermeras de atención primaria (19). Un tema importante de investigación futura es el comprender si las intervenciones breves similares son factibles o eficaces en el contexto de la atención primaria o si el personal de atención primaria puede colaborar con organizaciones no gubernamentales (NGO) y organizaciones sociales para implantar tales intervenciones.

### EVALUACIÓN CRÍTICA DE LOS COMPONENTES DEL SERVICIO PSIQUIÁTRICO EN LA COLECTIVIDAD

Hay pruebas de diversas interpretaciones de la significación de la asistencia psiquiátrica en la colectividad en los diferentes países. En los países de bajos ingresos de la región de África, la asistencia mental comunitaria en gran parte está restringida a la asistencia psiquiátrica proporcionada por el personal de atención primaria y el personal psiquiátrico especializado (por lo general psiquiatras y enfermeras psiquiátricas) tienden

a proporcionar la atención a través de clínicas de pacientes ambulatorios con sede en el hospital. Pese a las recomendaciones de la OMS y otros (23), sólo hay algunos ejemplos de personal psiquiátrico especialista que se esté utilizando para respaldar la asistencia psiquiátrica en el contexto de la atención primaria a través de la coordinación y la planificación de la asistencia psiquiátrica local, la supervisión, la capacitación durante el servicio, la interconsulta ante casos complejos y las actividades de prevención y promoción.

Aunque la asistencia integral es un beneficio esperado de los servicios psiquiátricos en la población, sobre todo cuando se integran en la atención primaria, los estudios no necesariamente han demostrado que éste sea el caso (27,29). Las presiones de tiempo, un modelo muy biomédico de la asistencia y los recursos limitados para apoyar las intervenciones no farmacológicas pueden significar que la asistencia psiquiátrica esté reducida a la dispensación y administración de medicamentos (24).

Sin una sensibilización y compromiso de la sociedad, es improbable que se logre la detección de los pacientes no tratados y la captación de la asistencia psiquiátrica. Así mismo, si no se dispone de estrategias para tratar a los pacientes que desertan de la atención, la asistencia psiquiátrica en la atención primaria puede no ser lo suficientemente flexible para responder a las necesidades específicas de pacientes con dificultades psiquiátricas. A medida que un mayor número de profesionales psiquiátricos especialistas tienden a ubicarse en los niveles regional y de distrito del sistema sanitario en la mayor parte de los países africanos, se ven limitados en sus capacidades para brindar servicios de seguimiento reactivo cercanos al domicilio. Diversos países han hecho uso de voluntarios capacitados que trabajan en la población para superar este problema (18,30), pero se ha resaltado la dificultad de mantener la motivación y dar soporte al sistema cuando los trabajadores no son remunerados (34). Se ha aplicado con éxito la intervención de grupos de usuarios de servicios que ayudan a respaldar los servicios de seguimiento en la población (18).

Se ha debatido mucho el papel potencial de los curanderos tradicionales y los directores eclesiásticos en la prestación de la asistencia psiquiátrica en la colectividad (36,37) pero hay pocos ejemplos de que esto ocurra en la práctica. Se ha comunicado un ejemplo de los curanderos tradicionales que proporcionan servicio de asesoría junto con un servicio de asistencia mental comunitaria, aunque sin evaluación de los desenlaces para los pacientes (18).

Se ha descrito pero no se ha evaluado de manera formal la contribución potencial de los grupos de apoyo, que constan de usuarios de servicios y cuidadores, para mejorar los desenlaces clínicos y la inclusión social, y también para defender los derechos con miras a mejorar los servicios.

Un análisis sistemático de la bibliografía se complementó con una encuesta de expertos regionales en torno a sus experiencias en la implantación de la asistencia mental comunitaria (3). En las tablas 4 y 5 se resumen los retos y las enseñanzas obtenidas.

## RECOMENDACIONES PARA LA REGIÓN DE ÁFRICA

El nuevo impulso que se ha dado al incremento de los servicios psiquiátricos en los países de ingresos bajos y medianos (40,41) aún está por reflejarse en los estudios de evaluación publicados que establezcan la eficacia de tales servicios en África. No obstante, existe una oportunidad para aprovechar la experiencia de decenios pasados, originalmente iniciada por la OMS (42), y la serie de evidencias científicas existentes a fin de implantar con éxito modelos de asistencia psiquiátrica a la

**Tabla 4** Dificultades para implantar la asistencia mental comunitaria en África

- Prioridades competitivas
- Compromiso menguante de la población
- El atenderse a voluntarios de la población no es sustentable
- Financiación insuficiente
- Escasez de profesionales psiquiátricos
- Actitudes negativas hacia la psiquiatría
- Preocupación sobre las habilidades del personal y la calidad asistencial
- Dificultad para sostener la capacitación durante el servicio
- Suministros erráticos de psicofármacos
- Falta de colaboración multisectorial, inclusive de curanderos tradicionales
- Aumento de la necesidad y la demanda por los servicios

**Tabla 5** Enseñanzas obtenidas de la implantación de la asistencia mental comunitaria en África

- Se puede realizar
- Se necesita paciencia, perseverancia y determinación
- La sustentabilidad exige hacer el mejor uso de los sistemas existentes
- Son decisivos el compromiso del gobierno, la existencia de normatividad psiquiátrica y legislación
- El respaldo internacional puede ser muy útil
- Es necesario invertir tiempo en identificar y cultivar los aliados para respaldo
- Hay que asegurarse de lograr la colaboración entre los interesados decisivos
- Los grupos de defensa de los derechos y los grupos sociales pueden influir en las autoridades sanitarias
- Es necesario un coordinador psiquiátrico al nivel local
- Es decisiva la supervisión del personal de atención primaria
- Importancia de la planificación apropiada
- Necesidad de integrar la evaluación y la vigilancia
- La marginación de la salud mental puede obstaculizar el progreso

colectividad en todos los países de África. Una vez que los interesados participan y que hay voluntad política, los mensajes claros que surgen de la evidencia y la experiencia obtenidas hasta el momento respaldan la importancia de:

- Fortalecer los servicios psiquiátricos especializados al mismo tiempo que se integre la psiquiatría en la asistencia sanitaria primaria.
- Incrementar la calidad y sustentabilidad de la salud mental en la atención primaria a través de la supervisión adecuada, capacitación constante durante el servicio y redes de remisión de los pacientes que sean fiables.
- Establecer suministros sólidos que garanticen los suministros viables de psicofármacos.
- Respaldo la provisión de intervenciones psicosociales simples y factibles para incrementar los métodos farmacológicos en el contexto de la atención primaria sujeta a presiones de tiempo.
- Evaluar la investigación que considere:
  - a. ¿Cómo la interacción entre los servicios de salud primaria y secundaria afecta a la prestación de la asistencia psiquiátrica?
  - b. Los desenlaces clínicos y sociales de pacientes individuales, evaluados de una manera estandarizada y sistemática.
  - c. Modelos de servicio innovadores, que comprendan la colaboración con curanderos tradicionales y directores religiosos.
  - d. La rentabilidad relativa de diferentes modelos de asistencia mental comunitaria.

## Agradecimientos

Los autores desean agradecer la asistencia inestimable de E. Barley para realizar el análisis sistemático. También agradecemos el apoyo a CBM por traducir los cuestionarios al francés.

## Bibliografía

1. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008;7:129-30.
2. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2009;8:65-6.
3. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:67-77.
4. Herman AA, Stein DJ, Seedat S et al. The South African Stress and Health (SASH) study: 12-month and lifetime prevalence of common mental disorders. *S Afr Med J* 2009;99:339-44.
5. Prince M, Patel V, Saxena S et al. No health without mental health. *Lancet* 2007;370:859-77.
6. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M et al. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 2007;370:878-89.
7. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007;370:1174.
8. World Health Organization. *Mental health atlas*. Geneva: World Health Organization, 2005.
9. Kigozi F. Integrating mental health into primary health care – Uganda's experience. *Afr J Psychiatry* 2007;10:17-9.

10. Alem A, Jacobsson L, Hanlon C. Community-based mental health care in Africa: mental health workers' views. *World Psychiatry* 2008;7:54-7.
11. Ndeti DM. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and perspectives. *World Psychiatry* 2008;7:164-5.
12. Cohen A. The effectiveness of mental health services in primary care: the view from the developing world. Geneva: World Health Organization, 2001.
13. de Jong TVM. A comprehensive public mental health programme in Guinea-Bissau: a useful model for African, Asian and Latin-American countries. *Psychol Med* 1996;26:97-108.
14. Couper I, Wright A, van Deventer C et al. Evaluation of primary mental health care in North West province. Final report. Johannesburg: University of Witwatersrand, 2006.
15. Petersen I, Bhana A, Campbell-Hall V et al. Planning for district mental health services in South Africa: a situational analysis of a rural district site. *Health, Policy and Planning* 2009;24:140-50.
16. Sokhela NE. The integration of comprehensive psychiatric/mental health care into the primary health system: diagnosis and treatment. *J Adv Nurs* 1999;30:229-37.
17. Lee T, Freeman M, Vivian W. Evaluation of mental health services in the free state. Part I. Quality of outpatient care. *S Afr Med J* 1999;89:302-5.
18. BasicNeeds. Community mental health practice. Seven essential features for scaling up in low- and middle-income countries. Bangalore: BasicNeeds, 2009.
19. Sokhela NE, Uys LR. The integration of the rehabilitation of psychiatric patients into the primary health care system. *Curatationis* 1998;21:8-13.
20. Uys LR. The evaluation of public psychiatric services in three provinces of South Africa. *S Afr Med J* 2000;90:626-30.
21. Lee T, Freeman M, Vivian W. Evaluation of mental health services in the Free State. Part II. Training, attitudes and practices of generalist and psychiatric nurses. *S Afr Med J* 1999;89:306-10.
22. van Deventer C, Couper I, Wright A et al. Evaluation of primary mental health care in North West province – a qualitative view. *S Afr J Psychiatry* 2008;14:52-62.
23. World Health Organization and World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care. A global perspective. Geneva: World Health Organization and World Organization of Family Doctors, 2008.
24. Petersen I. Comprehensive integrated primary mental health care for South Africa. Pipedream or possibility? *Soc Sci Med* 2000;51:321-34.
25. Freeman M, Lee T, Vivian W. Evaluation of mental health services in the Free State. Part III. Social outcome and patient perceptions. *S Afr Med J* 1999;89:311-5.
26. Freeman M, Lee T, Vivian W. Evaluation of mental health services in the Free State. Part IV. Family burden and perspectives. *S Afr Med J* 1999;89:316-8.
27. Kgosidintsi A. The role of the community mental health nurse in Botswana: the needs and problems of carers of schizophrenic clients in the community. *Curatationis* 1996;19:38-42.
28. Lee T, Prince M, Allwood CW. The outpatient care of psychiatric patients in a rural area: Mhala district, Northern Transvaal. *S Afr Med J* 1995;85:571-7.
29. Moosa MYH, Jeenah FY. Community psychiatry: an audit of the services in southern Gauteng. *S Afr J Psychiatry* 2008;14:36-43.
30. Petersen I, Pillay YG. Facilitating community mental health care in South Africa – the role of community health workers in the referral system. *S Afr Med J* 1997;87:1621-6.
31. Eaton J, Agomoh AO. Developing mental health services in Nigeria. The impact of a community-based mental health awareness programme. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:552-8.
32. Richards DA, Bradshaw TJ, Mairs H et al. Can community volunteers work to trace patients defaulting from scheduled psychiatric clinic appointments? *S Afr Med J* 2007;97:946-7.
33. Botha U, Koen L, Oosthuizen P et al. Assertive community treatment in the South African context. *Afr J Psychiatry* 2008;11:272-5.
34. Thom R. Mental health services research review final report. Durban: Health Systems Trust, 2003.
35. Mkhize N, Kometsi M. Community access to mental health services: lessons and recommendations. *S Afr Health Res J* 2008;11:103-13.
36. Meissner O. The traditional healer as part of the primary health care team? *S Afr Med J* 2004;94:901-2.
37. Robertson BA. Does the evidence support collaboration between psychiatry and traditional healers? Findings from three South African studies. *S Afr Psychiatry Rev* 2006;9:87-90.
38. Makhale MS, Uys LR. An analysis of support groups for the mentally ill as a psychiatric intervention strategy in South Africa. *Curatationis* 1997;20:44-9.
39. Adibokah E. Factors associated with successful establishment of independent mental health self-help groups in West Africa. Presented at the WPA Regional Meeting "Scaling up and reaching down – addressing unmet need for services", Abuja, October 2009.
40. Lancet Global Mental Health Group. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet* 2007;370:1241-52.
41. World Health Organization. mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. Geneva: World Health Organization, 2008.
42. Sartorius N, Harding TW. The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, I: the genesis of the study. *Am J Psychiatry* 1983;140:1470-3.

## La ejecución del plan de acción de la WPA para 2008-2011

La implantación del Plan de Acción de la WPA para 2008-2011, aprobada por la Asamblea General que tuvo lugar en Praga en septiembre de 2008 (1,2) está procediendo de manera muy activa. A continuación se resumen algunas de las actividades que se están realizando.

### La colaboración de la WPA y la OMS

La WPA está colaborando con la OMS en la actualización de la ICD-10 (3). Como parte de esta colaboración, las asociaciones integrantes de la WPA están realizando una encuesta sobre los puntos de vista y actitudes de los psiquiatras del mundo en torno al diagnóstico y la clasificación de los trastornos psiquiátricos. Varias sesiones científicas de la WPA están contribuyendo a los grupos de trabajo para la actualización de la ICD-10: por ejemplo, los Grupos de Trabajo sobre Trastornos Psicóticos, Trastornos de la Personalidad y Discapacidades Intelectuales están dirigidos por directores de las secciones pertinentes de la WPA.

La WPA y la OMS están organizando seminarios de capacitación a los instructores en torno al tratamiento de las consecuencias psiquiátricas de los desastres (p. ej., 4). Así mismo, han colaborado para abordar las consecuencias psiquiátricas de algunas urgencias importantes recientes (p. ej., Gaza, Haití).

### El programa de becas de la WPA en colaboración con los centros de excelencia

La WPA está implantando un programa de becas para la investigación para los psiquiatras de países de bajos y medianos bajos ingresos de un año de duración, en colaboración con centros de excelencia en psiquiatría internacionalmente reconocidos. Estos centros comprenden por el momento el Western Psychiatric Institute, University of Pittsburgh, USA (coordinador: D. Kupfer); el Institute of Psychiatry, Londres, Reino Unido (coordinadores: S. Kapur, M. Prince); la University of Maryland School of Medicine, Baltimore, USA (coordinador: A. Bellack); el Programa de Trastornos Afectivos, Case Western Reserve University, Cleveland, USA (coordinador: J.

Calabrese); la Universidad de Melbourne, Australia (coordinador: P. McGorry). Los becarios seleccionados se han comprometido a aplicar en su país de origen lo que han aprendido.

### Los proyectos de investigación financiados por la WPA

La WPA está financiando proyectos de investigación internacional en los que se abordan los factores que facilitan y los que dificultan la elección de la psiquiatría como una especialidad, los factores que contribuyen a la estigmatización de la psiquiatría y los psiquiatras, la depresión y la desmoralización en las personas con neoplasias malignas y la salud física de las personas con trastornos mentales graves.

### Las directrices de la WPA

La WPA está produciendo una serie de directrices sobre temas de gran importancia práctica, las cuales serán publicadas en *World Psychiatry*, traducidas en varios idiomas y publicadas en la página Web de la WPA. Las directrices abordarán: (a) pasos, obstáculos y errores a evitar en la implantación de la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria (5); (b) cómo combatir la estigmatización de la psiquiatría y los psiquiatras (6); (c) la salud mental y la atención a la salud mental en emigrantes; y (d) protección y promoción de la salud mental en hijos de personas con trastornos mentales graves.

Además, la WPA está elaborando recomendaciones sobre los mejores procedimientos para trabajar con usuarios de servicios y cuidadores (7) y un módulo educativo sobre protección y promoción de la salud física en personas con enfermedades psiquiátricas graves (8).

Las secciones científicas de la WPA (p. ej., 9,10) y otros componentes de la WPA (p. ej., 11,12) están produciendo documentos adicionales de interés clínico.

### El programa de la WPA sobre la depresión en personas con enfermedades somáticas

La WPA ha comenzado un programa que tiene como propósito crear conciencia sobre la prevalencia y las implicacio-

nes pronosticas de la depresión en personas con enfermedades somáticas. Se están produciendo tres libros, los cuales abordan respectivamente la depresión y la diabetes, la depresión y las enfermedades cardiovasculares y la depresión y el cáncer. Se elaborarán tres series correspondientes de diapositivas, las cuales se traducirán a varios idiomas y se publicarán en la página Web de la WPA.

### Producción de los comunicados de prensa de la WPA

La WPA asignó a un encargado de comunicaciones que está produciendo los comunicados de prensa sobre temas pertinentes a la salud mental. Un comunicado de prensa en relación con la encuesta sobre la salud mental de Irak, que se publicó en *World Psychiatry* (13), ha dado lugar a una amplia cobertura por los medios, lo que comprende artículos en el *Herald Tribune*, el *New York Times* y el *Washington Post*. Los comunicados de prensa enfocados en las presentaciones realizadas en el Congreso de la WPA en Florencia han dado por resultado artículos publicados en varios diarios, incluidos el *Guardian* y el *Daily Telegraph*.

### Los seminarios educativos de la WPA

La WPA está implantando un programa de reuniones de trabajo educativas itinerantes de gran calidad, que abarcan todos los continentes (p. ej., 14). Así mismo, está copatrocinando una serie de seminarios sobre dirección y desarrollo profesional de psiquiatras jóvenes.

### El consejo de la WPA sobre psiquiatras jóvenes

La WPA recientemente estableció un consejo de psiquiatras en las primeras etapas de su carrera, cuyos miembros han sido asignados por sus asociaciones integrantes (15). Entre sus diversas actividades, el consejo producirá escritos y documentos sobre la educación psiquiátrica, la capacitación en psicoterapia y lo que ocurre a los psiquiatras jóvenes después que se capacitan en las diversas regiones del mundo.

## Congresos de la WPA

El Congreso Internacional de la WPA que se llevó a cabo en Florencia en 2009 tuvo gran éxito y hubo más de 9.000 participantes. En los últimos dos años, se han llevado a cabo Congresos Regionales de la WPA en Asia, África, Latinoamérica y Europa Oriental (16).

El 15º Congreso Mundial de Psiquiatría, que tendrá lugar en Buenos Aires, Argentina del 18 al 22 de septiembre de 2011, proporcionará un panorama exhaustivo de los logros que han resistido la prueba del tiempo (nuestro legado) y de las tendencias actuales más promisorias (nuestro futuro) en los diversos campos de la investigación y el ejercicio psiquiátrico, con la contribución de los expertos más destacados en los diversos temas. Se ha elaborado un programa científico formidable. Las 24 Conferencias Magistrales y los 18 Simposios Centrales ya se han finalizado. Además, el programa comprenderá Simposios Regulares, Seminarios, Simposios de Sección y Zonales de la WPA, Sesiones de Comunicación Oral, Sesiones de Carteles y Eventos Patrocinados. Las directrices para remitir trabajos pueden consultarse en la página Web del Congreso ([www.wpa-argentina2011.com.ar](http://www.wpa-argentina2011.com.ar)).

## Bibliografía

1. Maj M. The WPA Action 1. Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008;7:129-30.
2. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2009;8:65-6.
3. Maj M. WPA-WHO collaborative activities 2009-2011. *World Psychiatry* 2009;8:129-30.
4. van Ommeren M, Jones L, Mears J. Orienting psychiatrists to working in emergencies: a WPA-WHO workshop. *World Psychiatry* 2010;9:121-2.
5. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:67-77.
6. Sartorius N, Gaebel W, Cleveland H-R et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry* 2010;9:131-44.
7. Herrman H. WPA Project on Partnerships for Best Practices in Working with Service Users and Carers. *World Psychiatry* 2010;9:127-8.
8. Maj M. Physical health care in persons with severe mental illness: a public heal-

th and ethical priority. *World Psychiatry* 2009;8:1-2.

9. Simonsen E, Ronningstam E, Millon T. A synopsis of the WPA Educational Programme on Personality Disorders. *World Psychiatry* 2008;7:119-25.
10. Deb S, Kwok H, Bertelli M et al. International guide to prescribing psychotropic medication for the management of problem behaviours in adults with intellectual disabilities. *World Psychiatry* 2009;8:181-6.
11. Sartorius N. The update of the WPA Educational Programme on the Management of Depressive Disorders. *World Psychiatry* 2008;7:64.
12. Gureje O, Hollins S, Botbol M et al. Report of the WPA Task Force on Brain Drain. *World Psychiatry* 2009;8:115-8.
13. Alhasnawi S, Sadik S, Rasheed M et al. The prevalence and correlates of DSM-IV disorders in the Iraq Mental Health Survey (IMHS). *World Psychiatry* 2009;8:97-109.
14. Gureje O. The WPA Train-the-Trainers Workshop on Mental Health in Primary Care (Ibadan, Nigeria, January 26-30, 2009).
15. Fiorillo A, Lattova Z, Brahmhatt P et al. The Action Plan 2010 of the Early Career Psychiatrists Council. *World Psychiatry* 2010;9:62-3.
16. Okasha T. WPA forthcoming scientific meetings. *World Psychiatry* 2009;8:191-2.

## Mi experiencia en Haití: un informe breve

### KENT RAVENSCROFT

En 1961 a 1962 estuve un año en Haití como antropólogo de pregrado de Yale cerca de Leogane, viviendo con un sacerdote vudú y su familia. Estaba estudiando la relación entre las prácticas de crianza de los niños, el desarrollo psicosocial y la posesión por espíritus, tratando de comprender la dinámica y el contenido de los estados de posesión vudú.

Cuando se produjo el terremoto y finalmente puede establecer contacto con algunos de mis amigos aún vivos, me aturdió la devastación y la muerte y mis lágrimas me llevaron a decidir ir a Haití a ayudar. Establecí contacto con la *Washington Psychiatric Society* y ellos, a su vez, me pusieron en contacto con las actividades de la World Psychiatric Association en torno a Haití. Les envíe un resumen breve, donde incluía mi experiencia previa en Haití y en Criollo rústico. El Dr. Mario Maj me respondió con rapidez pidiéndome mi currículo completo. Luego establecí contacto con los Dres. Lynne Jones y Peter Hughes de *International Medical Corp.*, quienes me entrevistaron e hicieron los arreglos para mi envío.

Viajamos en uno de los primeros vuelos comerciales que llegó a Puerto Príncipe y fui uno de los primeros psiquiatras infantiles extranjeros en poner pie en el suelo de Haití. El caos en el país con-

forme salimos del aeropuerto no era tan bello. Las pocas luces de las calles que funcionaban revelaban edificios colapsados por ambos lados hasta donde llegaba la mirada, con ciudades de tiendas de campaña interpuestas con cobertizos de pie alrededor de las estructuras por temor a las secuelas del terremoto. Las calles estaban atestadas de personas, algunas cuidando, otras vendiendo productos, muchas en muletas, varios con amputaciones. Pasamos por la escuela de enfermería derrumbada en la que habían perecido 200 personas en cuestión de segundos y luego por el palacio presidencial, derrumbado y desequilibrado.

Después de varios días se me envió a Petit Goave para formar un equipo de salud mental. Al igual que en psiquiatría militar, nos enfocamos en interrumpir el estrés, la ansiedad, los síntomas fóbicos y depresivos que interferían en el proceso de luto y restablecimiento normales que son tan esenciales después de un traumatismo masivo. Con recursos escasos, material limitado, poco tiempo y a menudo con una sola oportunidad de ayudar a las personas, teníamos que ser prácticos y vincular y apalancar el trabajo a través del empleo y el fortalecimiento de la conexión con la familia, los amigos y la población. También tratamos de instaurar y de utilizar técnicas de seguimiento breve.

Así mismo, enseñamos procedimientos de farmacia psiquiátrica básicos. Tenían que ser muy básicos, no sólo por el grado de experiencia de las personas a las que estamos enseñando, sino también por el abastecimiento tan escaso con el que contábamos. Sin embargo, fue adecuado y tuvo la virtud de simplificar las opciones de tratamiento y las necesidades de enseñanza. Teniendo presente la «psicofisiología del estrés», enseñábamos a los pacientes técnicas portátiles de intervención de autoayuda, como la reinhalación en una bolsa para hiperventilación y palpitación, así como la maniobra de Valsalva o la de «pujo» durante el parto. Analizamos ciclos de síntomas de estrés y resaltamos las intervenciones conforme comenzaba el ciclo, utilizando las maniobras antes mencionadas, o imágenes positivas o técnicas de relajación positiva para romper el ciclo. Utilizamos técnicas de conducta y cognitivo-conductuales así como de desensibilización para interrumpir la ansiedad y los estados de evasión fóbica. Utilizamos la redacción de diarios y tareas asignadas, lo que comprendía establecer conexiones con la familia a través de las charlas en grupos asignados en torno a la pérdida, o factores que bloqueaban el proceso de aflicción. Si determinados sacerdotes se rehusaban a asistir a los funerales debido a que no se podía encontrar el cuerpo de un ser querido para su sepultura, recomendábamos encontrar a otros sacerdotes más iluminados para este ritual de unificación familiar y de desbloqueo de la aflicción detenida tan importante. Y utilizamos clínicas de seguimiento breve

para brindar la continuidad y el apoyo de la propia clínica, sus enfermeras y médicos para recompensar y garantizar que se llevaran a cabo estas cosas y que se tomaran los medicamentos. Sólo utilizamos una «terna breve de medicamentos», repartiendo medicinas una vez a la semana para hacer que la gente regresara y para ayudar a los médicos haitianos a ver la utilidad de la continuidad y el seguimiento de apoyo. Esto también les permitía ver si su diagnóstico era correcto y aprender a ajustar los medicamentos y ver si funcionaban y de qué manera.

Durante las primeras semanas, vimos casos más agudos y más casos que tenían que ver directamente con el traumatismo del terremoto. A medida que transcurría el tiempo, hubo menos casos agudos y más casos crónicos o graves. Parte de esto era sólo una cuestión de la evolución de estos trastornos conforme cedió el terremoto. Parte del cambio fue sólo la resolución natural de las reacciones agudas al estrés y al trauma, que algunas reflejaban el buen trabajo de la clínica, tanto médico como psicosocial. En efecto, posiblemente estábamos evacuando los casos agudos de la «zona de atrapamiento»; al mismo tiempo, la presencia y la reputación de la clínica se difundieron hacia las montañas y hacia las llanuras del azúcar circundantes, atrayendo a un mayor número de casos crónicos prolongados. Estoy seguro que también hay otras explicaciones.

Una vez que nuestras clínicas psiquiátricas comenzaron a funcionar, continuamos desde sólo unos casos al principio, hasta la propagación de la palabra y una gran cantidad de casos remitidos. No es-

tábamos realizando principalmente una misión de servicio, pues nuestro objetivo era capacitar a los médicos y a las enfermeras para que hicieran más del trabajo y lograrlos interesar para que se sintieran cómodos con el mismo. Para este fin, impartía seminarios psicosociales de todo el día los sábados así como reuniones de trabajo. También logré que el personal médico del Hospital Notre Dame al principio renuente comenzara a remitir algunos casos, primero al enseñarles a algunos de sus residentes a invitarlos a nuestro seminario, y luego respondiendo rápidamente a un par de pacientes muy psicóticos que estaban molestando bastante al personal. A partir de aquí desarrollamos una relación mutua satisfactoria. Sin embargo, las expectativas crecientes en una situación carente de mano de obra psiquiátrica siempre representan un problema, motivo por el cual es importante resaltar la capacitación del personal haitiano en la línea del frente para que realizara el trabajo. Ellos se mantendrán ahí y tarde o temprano nosotros nos marcharemos a casa. Aunque pueda parecer rentable centralizar estas clases de clínicas de enseñanza de salud mental, y parecen ser un lujo por el bajo número de pacientes, siempre es muy importante hacer esta clase de trabajo en la línea del frente donde el maestro así como los médicos a los que se enseña pueden sentir la misma presión y dolor, ver cuáles son las realidades y dónde la mayor parte del personal de todas las disciplinas puede ver el trabajo que se está realizando y los resultados que se están obteniendo. Respalda el esfuerzo de todos.

