World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 9, Número 3 *Octubre 2011*

EDITORIAL

Informe sobre la implementación del Plan de Acción de la WPA para 2008-2011 161
M. Maj

ARTÍCULOS ESPECIALES

Previsión y prevención de la esquizofrenia: ¿Qué se ha logrado y ahora hacia dónde seguir? 165
J. Klosterkötter, F. Schultze-Lutter, A. Bechdolf, S. Ruhrmann

***Trastornos del desarrollo intelectual:* hacia un nuevo nombre, definición y marco de referencia para "retraso mental/discapacidad intelectual" en la ICD-11** 175
L. Salvador-Carulla, G.M. Reed, L.M. Vaez-Azizi, S.-A. Cooper, R. Martinez-Leal y cols.

FORUM: LAS VENTAJAS Y LOS RIESGOS DE AMPLIAR EL CONCEPTO DE TRASTORNO BIPOLAR

Ampliación del diagnóstico de trastorno bipolar: ventajas frente a riesgos 181
S.M. Strakowski, D.E. Fleck, M. Maj

Comentarios

Expansión del concepto bipolar y conservación de su integridad diagnóstica: ¿Estamos conservando el bebé o el agua de la bañera? 187
J.F. Goldberg

Ampliación del concepto de trastorno bipolar: ¿Qué se debiera hacer ante la incertidumbre? 188
M. Zimmerman

Ampliación de los criterios diagnósticos para el trastorno bipolar: ¿por qué no comenzar con la hipomanía? 189
S.L. McElroy

Problemas en los conceptos y definiciones actuales de los trastornos bipolares 191
J. Angst

Gama bipolar: ¿sólo ampliación o una integración entre categorías y dimensiones? 192
G.B. Cassano, V. Mantua, A. Fagiolini

Gama bipolar: ¿ha llegado su momento? 193
E. Frank

Ampliación del concepto de trastorno bipolar: ¿por diseño o por accidente? 195
G.A. Carlson

La gama depresión unipolar-depresión bipolar II-depresión bipolar I: ¿hay indicaciones para tratamientos diferentes? 196
W.A. Nolen

En el límite de la gama bipolar: ¿primacía de los síntomas afectivos sobre los psicóticos o viceversa? 197
H. Grunze

Es necesaria una renovación de la psiquiatría 198
T. Kato

ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

La experiencia del yo en las fases tempranas de la esquizofrenia: seguimiento a cinco años del estudio prodrómico de Copenhague 200
J. Parnas, A. Raballo, P. Handest, L. Jansson, A. Vollmer-Larsen y cols.

Un estudio de eficacia randomizado y comparativo sobre la psicoterapia cognitiva conductual en el trastorno por estrés postraumático en personas afectadas por terrorismo en Tailandia 205
R.A. Bryant, S. Ekasawin, S. Chakrabhand, S. Suwanmitri, O. Duangchun y cols.

POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

Sistema de salud mental en China: historia, reforma reciente a los servicios y retos futuros 210
J. Liu, H. Ma, Y.-L. He, B. Xie, Y.-F. Xu y cols.

Enseñanzas obtenidas en la implementación de la asistencia a la salud mental en la población de Europa 217
M. Semrau, E.A. Barley, A. Law, G. Thornicroft

PERSPECTIVA

La heterogeneidad de la "depresión mayor" 226
D. Goldberg

RECOMENDACIONES DE LA WPA

Cooperaciones para una mejor salud mental en el mundo: recomendaciones de la WPA en torno a los mejores procedimientos para trabajar con usuarios de servicios y cuidadores familiares 229
J. Wallcraft, M. Amering, J. Freidin, B. Davar, D. Froggatt y cols.

CARTAS AL EDITOR 237

NOTICIAS DE LA WPA

El nuevo factor de impacto de World Psychiatry es 5,562 240

El 15º Congreso Mundial de Psiquiatría y la Asamblea General de la WPA 240

ergon

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 9, Número 3 *Octubre 2011*

Traducción íntegra de la Edición Original

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

EDICIÓN ORIGINAL

Editor: M. Maj (Italy)

Associate Editor: H. Herrman (Australia)

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

EDICIÓN EN ESPAÑOL

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

Periodicidad: 3 números al año

ergon

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

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

Publicidad: Ergon Creación S. A.

Calle Arboleda, 1. • 28221 Majadahonda, Madrid • Tel. (34) 916 362 930 • Fax (34) 916 362 931
Plaza Josep Pallach 12 • 08035 Barcelona • Tel. (34) 934 285 500 • Fax (34) 934 285 660

© Copyright World Psychiatric Association

Publicado por Ergon Creación S.A.

Publicación que cumple los requisitos de soporte válido

ISSN: 1697-0683 Composición y compaginación: Ergon Creación S.A.

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

Traducido por Ergon Creación S.A., del original en lengua inglesa (Volumen 9, Número 3, 2011). La responsabilidad de la traducción recae sólo en Ergon Creación S.A., y no es responsabilidad de la World Psychiatric Association (WPA).Translated by Ergon Creación S.A., from the original English language version (Volumen 9, Número 3, 2011). Responsibility for the accuracy of the Spanish language rests solely with Ergon Creación S.A., and is not the responsibility of the World Psychiatric Association (WPA).

Traducido por: Dr. José Luis González Hernández

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

LOPD: *Informamos a los lectores que, según la ley 15/1999 de 13 de diciembre, sus datos personales forman parte de la base de datos de Ergon Creación S.A. Si desea realizar cualquier rectificación o cancelación de los mismos, deberá enviar una solicitud por escrito a: Ergon Creación S.A. Plaza Josep Pallach 12, 08035 Barcelona.*

EDITORIAL

Informe sobre la implementación del Plan de Acción de la WPA para 2008-2011

Mario Maj

Presidente, World Psychiatric Association

En este informe se resumen las principales actividades llevadas a cabo por la WPA para la implementación de su Plan de Acción de 2008 a 2011, el cual fue aprobado por la Asamblea General en septiembre de 2008 (1,2).

Contribución de la WPA a la revisión de la ICD-11

Las asociaciones integrantes de la WPA han participado en la Encuesta Global de las Actitudes de los Psiquiatras hacia la Clasificación de los Trastornos Mentales realizada por la Organización Mundial de la Salud (WHO), cuyos resultados se han publicado en *World Psychiatry* (3) y cabe esperar que influyan en grado importante en el proceso de revisión de la ICD. Cada asociación ha recibido un documento con sus propios datos primarios y los resultados del análisis de tales datos. Varias asociaciones están elaborando documentos basados en estos resultados.

Muchos funcionarios o expertos de la WPA han sido asignados como presidentes o miembros de los Grupos de Trabajo para la ICD-11. Los presidentes son W. Gaebel (Grupo de Trabajo sobre Trastornos Psicóticos), M. Maj (Grupo de Trabajo sobre Trastornos Afectivos y por Ansiedad), P. Tyrer (Grupo de Trabajo sobre Trastornos de la Personalidad), L. Salvador-Carulla (Grupo de Trabajo sobre Discapacidades Intelectuales) y O. Gureje (Grupo de Trabajo sobre Trastornos Somatiformes).

El presidente de la WPA es miembro de la Junta Internacional de Asesores de la ICD-11.

World Psychiatry es uno de los principales medios a través de los cuales los profesionales psiquiátricos internacionales están siguiendo los avances de la ICD-11. Un artículo especial cuyo autor es la Junta Internacional de Asesores de la ICD-11, resume las bases filosóficas de todo el proceso y se ha publicado en la revista (4). En este número aparece un informe del grupo de trabajo sobre Discapacidades Intelectuales (5). El Grupo de Trabajo sobre Trastornos Afectivos y por Ansiedad está elaborando varios artículos que se integrarán en un suplemento especial de la revista. Se han publicado foros sobre diversos temas pertinentes a la preparación de la ICD-11 o están programados para publicarse en la revista (p. ej., 6-11).

Varias asociaciones integrantes de la WPA y expertos están participando o participarán en los estudios de campo para la ICD-11 y en las diversas traducciones y adaptaciones del sistema diagnóstico.

La WPA está contribuyendo de manera activa al proceso de armonización entre la ICD-11 y el DSM-5.

Programa de la WPA sobre desastres

La contribución de la WPA a la atención de las consecuencias de desastres importantes sobre la salud mental ha tenido durante el trienio dos componentes: a) capacitación y sensibilización de los psiquiatras; b) intervención cuando ha ocurrido un desastre importante.

El primer componente se ha implementado a través de una serie de seminarios para la formación de los capacitadores y cursos de sensibilización.

Los seminarios para la formación de los capacitadores tuvieron como propósito capacitar a psiquiatras de diversas regiones del mundo (con una atención especial a aquellos con alto riesgo) para que atiendan las consecuencias de los desastres sobre la salud mental, de manera que ellos mismos puedan convertirse en capacitadores de otros profesionales psiquiátricos en sus regiones y representen un recurso para sus países cuando ocurra un nuevo desastre.

El primero de estos seminarios para la formación de capacitadores fue organizado en forma conjunta con Organización Mundial de la Salud (WHO) en Ginebra en julio de 2009 (12). Entre los participantes estaban psiquiatras que después desempeñaron una función directiva en abordar las consecuencias de los desastres sobre la salud mental en sus respectivos países, entre ellos, Y. Suzuki (quien en la actualidad coordina las intervenciones en salud mental en la prefectura de Sendai, Japón) y U. Niaz (quien coordinó las acciones en salud mental con motivo de un desastre reciente en Pakistán). Se han llevado a cabo más seminarios para la formación de capacitadores en Bengala, China, Rusia, Egipto, Brasil y Argentina.

Los cursos de sensibilización tuvieron como propósito dirigir la atención de los psiquiatras de todo el mundo a las consecuencias de los desastres sobre la salud mental y actualizarlos con respecto a estrategias de prevención e intervención. Estos cursos se han llevado a cabo en los principales congresos de la WPA en 2010 y 2011.

El componente de intervención de la estrategia de la WPA se ha implementado de diferentes maneras, lo que depende de las peculiaridades de los diversos desastres.

En 2010, con motivo del desastre en Haití, la WPA en colaboración con sus asociaciones integrantes y secciones científicas pertinentes y con la WHO alistaron a psiquiatras que estaban bien capacitados, que podían hablar francés y criollo y que estaban dispuestos a pasar un periodo prolongado en la zona de desastre. Un informe del Dr. K. Ravenscroft, quien se incorporó mediante este mecanismo y que prestó sus servicios durante muchos meses en Haití, fue publicado en *World Psychiatry* (13).

En 2011, con motivo del desastre en Japón, la WPA en colaboración con la Sociedad Japonesa de Psiquiatría y Neurología prepararon un proyecto de intervención e investigación enfocado en el componente nuclear del desastre, el cual va a ser financiado por el gobierno japonés. El Dr. E. Bromet, un

experto internacional destacado en consecuencias de desastres nucleares sobre la salud mental, ha fungido como asesor en la preparación del proyecto. Dos estudios relacionados con esta iniciativa se han publicado en *World Psychiatry* (14,15).

World Psychiatry

World Psychiatry, la revista oficial de la WPA, es la revista psiquiátrica más difundida en el mundo y ha llegado a más de 33.000 psiquiatras de 121 países; para muchos de ellos es la única revista psiquiátrica internacional accesible (16).

La revista se publica con regularidad en siete idiomas: inglés, español, chino, ruso, francés, árabe y turco. Estudios y resúmenes individuales se traducen a otros idiomas, tales como japonés, polaco, rumano e italiano, y se publican en la página de la WPA (www.wpanet.org) o en las de las asociaciones integrantes de la WPA.

La revista tiene ahora un factor de impacto de 5,562 y ocupa el noveno lugar entre 126 revistas psiquiátricas.

Todos los números de la revista se pueden descargar sin costo alguno en PubMed Central y en la página de la WPA.

Artículos sobre directrices de la WPA

La WPA ha producido durante el trienio cuatro artículos de directrices sobre temas de gran interés práctico para los psiquiatras de todo el mundo, nunca abordados anteriormente por las directrices internacionales. Cada artículo sobre directrices ha sido preparado por una comisión internacional, traducido a varios idiomas y publicado en la página de la WPA y en *World Psychiatry*.

Los estudios abordan pasos, obstáculos y errores a evitar en la implementación de la asistencia a la salud mental en la población (17); cómo combatir la estigmatización de la psiquiatría y los psiquiatras (18); la salud mental y la asistencia a la salud mental en inmigrantes (19); y la protección y la promoción de la salud mental en niños de personas con trastornos mentales graves (20).

Becas de investigación de la WPA

La WPA durante el trienio ha puesto en práctica un programa de becas de investigación de un año para psiquiatras en las primeras etapas de su carrera profesional de países de ingresos bajos o medianos bajos, en colaboración con los centros internacionalmente reconocidos de excelencia en psiquiatría.

Estos centros comprenden el Department of Psychiatry and Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, PA, Estados Unidos; el Institute of Psychiatry, King's College, Londres, Reino Unido; la University of Maryland School of Medicine, Baltimore, MD, Estados Unidos; el Orygen Youth Health Research Centre, University of Melbourne, Australia; y el Programa de Trastornos Afectivos, Case Western Reserve School of Medicine, Cleveland, OH, Estados Unidos.

Seis psiquiatras en las primeras etapas de su carrera profesional (tres de Asia, dos de África y uno de Latinoamérica) fueron seleccionados con base en las invitaciones para solicitudes que se publicaron en la página Web de la WPA. Ellos mismos se han comprometido a aplicar en sus países de origen lo que aprendieron a través de esta iniciativa. Los informes del ínterin y finales de estos becarios en torno a su experiencia están disponibles en la página de la WPA.

Proyecto de investigación financiados por la WPA

La WPA ha financiado durante el trienio varios proyectos de investigación en colaboración, seleccionados con base en las recomendaciones internacionales dadas a conocer en la página Web de la asociación.

Estos proyectos abordan los factores que facilitan o dificultan la selección de la psiquiatría como una especialidad médica por los estudiantes de medicina; la estigmatización de la psiquiatría y los psiquiatras; la depresión, la desmoralización y la alteración funcional en pacientes con neoplasias malignas; la vigilancia metabólica intensiva y la asistencia a pacientes con esquizofrenia y la inclusión social de pacientes con enfermedades mentales graves.

Los informes del ínterin sobre el avance de estos proyectos están disponibles en la página Web de la WPA.

Productos educativos y series de recomendaciones de la WPA

La WPA ha producido con Wiley-Blackwell, durante el trienio, una serie de libros en los que se aborda el reconocimiento, la epidemiología, la patogenia, los aspectos culturales, los costes médicos y el tratamiento de la depresión como un trastorno concomitante en pacientes con diabetes, cardiopatía y neoplasias malignas (21-23).

Se han preparado y se han difundido entre las asociaciones integrantes tres series de diapositivas basadas en estos libros. Las diapositivas sobre depresión y diabetes están disponibles en la página Web de la WPA en 17 idiomas (inglés, francés, portugués, español, italiano, estoniano, croata, alemán, sueco, azerí, bosnio, rumano, checo, ruso, indonesio, bengalí y japonés). Las diapositivas sobre depresión y cardiopatía y las relacionadas con la depresión y las neoplasias malignas están disponibles en ocho idiomas.

La WPA también ha preparado un módulo educativo sobre enfermedades físicas en pacientes con trastornos mentales graves, el cual se ha publicado en dos partes en World Psychiatry (24,25) y en la página Web de la WPA. El módulo se ha traducido y se está traduciendo a varios idiomas. Se han preparado dos series de dispositivas basadas en este módulo educativo y se han publicado en la página Web de la WPA.

Una comisión internacional ha preparado durante el trienio el modelo de la WPA para la educación de pregrado y de posgrado en psiquiatría y salud mental, que se ha publicado en la página Web de la WPA y que se está traduciendo a varios idiomas.

Secciones especiales de la página Web de la WPA se han destinado a la educación continuada de psiquiatras, a la educación del público en general sobre cuestiones relacionadas con la salud mental y a la descripción de experiencias satisfactorias en el campo de la salud mental.

El Comité sobre Ética de la WPA ha preparado una serie de recomendaciones para las relaciones de psiquiatras, organizaciones de asistencia a la salud que trabajan en el campo de

la psiquiatría y asociaciones psiquiátricas con la industria farmacéutica. Este documento fue publicado en *World Psychiatry* (26) y en la página Web de la WPA.

Una comisión internacional ha producido una serie de recomendaciones de la WPA sobre los mejores procedimientos para trabajar con usuarios de servicios y cuidadores familiares. Este documento aparece en el presente número de la revista (27).

Seminarios para la formación de los capacitadores y cursos educativos de la WPA

La WPA organizó en 2009 y 2010 una serie de seminarios para la formación de los capacitadores cuyo propósito fue contribuir a la integración de la asistencia psiquiátrica en la atención primaria en Nigeria y Sri Lanka. Estos seminarios fueron realizados en colaboración con los gobiernos nacionales. Estuvieron dirigidos a enfermeras y funcionarios clínicos que trabajan en dispensarios y centros de salud y que fueron objeto de seguimiento mediante una fase de supervisión de los participantes (28). En la página Web de la WPA están disponibles los informes detallados sobre los seminarios.

La WPA ha organizado cursos educativos que abordan aspectos de gran relevancia para el ejercicio psiquiátrico en Abuja, Nigeria; Sao Paulo, Brasil; Dhaka, Bengala; San Petersburgo, Rusia; Pekín, China; Cairo, Egipto; Ereván, Armenia; y Estambul, Turquía.

Los seminarios sobre liderazgo y capacidades profesionales para los psiquiatras jóvenes han sido copatrocinados por la WPA en Singapur, Nigeria y Turquía.

Consejo de Psiquiatras Jóvenes de la WPA

Se ha establecido un Consejo de Psiquiatras Jóvenes de la WPA en las Primeras Etapas de su Carrera durante el trienio. Sus miembros han sido asignados por las asociaciones integrantes de la WPA y se ha subdividido en cinco zonas geográficas (Europa I, Europa II, Asia/Oceanía, África/Medio Oriente y América), cada uno con su propio coordinador. El Consejo ha preparado estudios y documentos para *World Psychiatry* (29) y la página Web de la WPA; simposios organizados con motivo de varios congresos científicos; encuestas realizadas; participación en la traducción y adaptación de las diapositivas de la WPA sobre depresión y enfermedades somáticas.

El primer congreso personal del Consejo tuvo lugar durante el 15º Congreso Mundial de Psiquiatría.

Comunicados de prensa de la WPA

Durante el trienio, la WPA ha producido periódicamente comunicados de prensa en temas relacionados con la salud mental. Entre los que han dado por resultado una amplia cobertura en los medios figuran los comunicados que se enfocan en dos estudios publicados en *World Psychiatry*: el estudio sobre la Encuesta de la Salud Mental de Irak (30), comunicada en los artículos que aparecen en *International Herald Tribune, New York Times y Washington Post*, y el estudio sobre desigualdades relacionadas con los ingresos en la prevalencia de la depresión y la conducta suicida (31), que se comunica en un artículo de *USA Today*.

Uno de los comunicados de prensa que dio lugar a una amplia cobertura en los medios fue el relativo al Congreso Internacional de la WPA que tuvo lugar en Florencia en abril de 2009, el cual se enfocó en la relación entre los problemas de sueño y suicidio y que dio origen a artículos publicados en *Guardian y Daily Telegraph*.

Otras actividades con la colaboración de la WPA y la WHO

La WPA ha implementado durante el trienio otras iniciativas diversas en colaboración con la WHO (32).

En octubre de 2009, la WPA y la WHO organizaron en forma conjunta en Abuja, Nigeria, una Mesa Redonda de Políticas en la que participaron ministros de salud, autoridades sanitarias y líderes profesionales de los nueve países africanos identificados en el Programa de Acción para la Brecha en la Salud Mental (mhGAP)que necesitaban apoyo intensificado para aumentar los servicios de asistencia a la salud: Burundi, Costa de Marfil, República Democrática del Congo, Etiopía, Ghana, Kenia, Liberia, Malawi y Nigeria. El resultado de la mesa redonda fue la producción de planes de trabajo para la atención a la salud mental en tales países. Expertos de la WPA contribuyeron a la producción de la Guía para la Intervención de mhGAP de la WHO y el Atlas de Recursos para la Prevención y el Tratamiento de Abuso de Sustancias de la WHO.

Otras actividades en colaboración con las asociaciones integrantes

Muchas asociaciones integrantes de la WPA participaron en la encuesta de la WPA sobre Estrategias para Reducir la Brecha de Tratamiento de los Trastornos Mentales, cuyos resultados se publicaron en su totalidad en *World Psychiatry* (33) y se resumirán en un estudio en *The Lancet* (34).

La WPA ha ayudado durante el trienio a muchas de sus asociaciones integrantes en sus interacciones con los organismos nacionales en torno a cuestiones de políticas o refinamientos de programas educativos. Los estudios que describen esta colaboración se han publicado en conjunto con la Asociación Psiquiátrica Checa, la Asociación Psiquiátrica Húngara, la Asociación Brasileña de Psiquiatría y la Asociación Portuguesa de Psiquiatría.

La WPA ha organizado durante el trienio congresos científicos en todos los países, siempre en asociación con sus asociaciones integrantes (35). El 15º Congreso Mundial de Psiquiatría, organizado en colaboración con las asociaciones integrantes de la WPA en Argentina, ha sido el congreso más concurrido en la historia de la WPA.

Muchos congresos de las asociaciones integrantes han sido copatrocinados por la WPA o han incluido simposios o cursos de educación médica continuada organizados en forma conjunta con la WPA. Los directivos de la WPA se han reunido oficialmente con los directivos o miembros de las asociaciones integrantes con motivo de muchos congresos nacionales, para analizar prioridades locales y proporcionar asesoría. En varias ocasiones, los directivos de la WPA y de las asociaciones integrantes han dado conferencias de prensa conjunta o han participado en programas de entrevistas.

En varios congresos científicos de la WPA se han organizado seminarios en los cuales los directivos de algunas aso-

ciaciones integrantes ilustraron la estructura y las actividades de sus asociaciones a los representantes de otras asociaciones integrantes, dieron respuesta a sus preguntas y proporcionaron asesoría sobre cuestiones específicas.

La WPA ha implementado durante el trienio una iniciativa para brindar apoyo al desarrollo de revistas psiquiátricas nacionales en países con ingresos bajos y medianos. Una comisión ha trabajado con editores de algunas revistas para fortalecer sus posibilidades de ser indexadas en las bases de datos internacionales (36). Varias revistas cuyos editores participaron en este proyecto recientemente han logrado la indexación.

Apoyo económico al Plan de Acción

Las actividades del Plan de Acción han sido financiadas por un consorcio de la industria y donadores que no pertenecen a la industria. Los donadores no han tenido ninguna participación en el contenido del Plan ni la selección de los profesionales que participan en su implementación. Ninguna actividad del Plan de Acción ha sido patrocinada por un solo patrocinador.

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. Reed GM, Correia JM, Esparza P et al. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. World Psychiatry 2011;10:118-31.
4. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. World Psychiatry 2011;10:86-92.
5. Salvador-Carulla L, Reed GM, Vaez-Azizi LM et al. Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for "mental retardation/intellectual disability" in ICD-11. World Psychiatry 2011;10:175-80.
6. Krueger RF, Bezdjian S. Enhancing research and treatment of mental disorders with dimensional concepts: toward DSM-V and ICD-11. World Psychiatry 2009;8:3-6.
7. Ustun B, Kennedy C. What is "functional impairment"? Disentangling disability from clinical significance. World Psychiatry 2009;8:82-5.
8. Zisook S, Shear K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. World Psychiatry 2009;8:67-74.
9. Alarcon RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. World Psychiatry 2009;8:131-9.
10. Strakowski SM, Fleck DE, Maj M. Broadening the diagnosis of bipolar disorder: benefits vs. risks. World Psychiatry 2011;10:181-6.
11. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. World Psychiatry (in press).
12. van Ommeren M, Jones L, Mears J. Orienting psychiatrists to working in emergencies: a WPA-WHO workshop. World Psychiatry 2010;9:121-2.
13. Ravenscroft K. My experience in Haiti: a brief report. World Psychiatry2010;9:191-2.
14. Bromet EJ. Lessons learned from radiation disasters. World Psychiatry 2011;10:83-4.
15. Akiyama T. Addressing the mental health consequences of the Japan triple catastrophe. World Psychiatry 2011;10:85.
16. Maj M. The new impact factor of World Psychiatry. World Psychiatry 2010;9:129-30.
17. 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.
18. Sartorius N, Gaebel W, Cleveland HR et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. World Psychiatry 2010;9:131-44.
19. Bhugra D, Gupta S, Bhui K et al. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. World Psychiatry 2011;10: 2-10.
20. Brockington I, Chandra P, Dubowitz H et al. WPA guidance on the protection and promotion of mental health in children of persons with severe mental disorders. World Psychiatry 2011; 10:93-102.
21. Katon W, Maj M, Sartorius N (eds). Depression and diabetes. Chichester: Wiley-Blackwell, 2010.
22. Glassman A, Maj M, Sartorius N (eds). Depression and heart disease. Chichester: Wiley-Blackwell, 2011.
23. Kissane DW, Maj M, Sartorius N (eds). Depression and cancer. Chichester: Wiley-Blackwell, 2011.
24. De Hert M, Correll CU, Bobes J et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry 2011;10:52-77.
25. De Hert M, Cohen D, Bobes J et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. World Psychiatry 2011;10:138-51.
26. Appelbaum P, Arboleda-Florez J, Javed A et al. WPA recommendations for relationships of psychiatrists, health care organizations working in the psychiatric field and psychiatric associations with the pharmaceutical industry. World Psychiatry 2011;10:155-8.
27. Wallcraft J, Amering M, Freidin J et al. Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers. World Psychiatry 2011;10:229-36.
28. Gureje O. The WPA Train-the-Trainers Workshop on Mental Health in Primary Care (Ibadan, Nigeria, January 26-30, 2009). World Psychiatry 2009;8:190.
29. Fiorillo A, Lattova Z, Brahmbhatt P et al. The Action Plan 2010 of the WPA Early Career Psychiatrists Council. World Psychiatry 2010;9:62-2.
30. 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.
31. Hong J, Knapp M, McGuire A. Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behaviour: a 10-year trend following economic crisis. World Psychiatry 2011;10:40-4.
32. Maj M. WPA-WHO collaborative activities 2009-2011. World Psychiatry 2009;8:129-30.
33. Patel V, Maj M, Flisher AJ et al. Reducing the treatment gap for mental disorders: a WPA survey. World Psychiatry 2010;9:169-76.
34. Maj M. The rights of persons with mental disorders: the perspective of the World Psychiatric Association. Lancet (in press).
35. Okasha T. WPA forthcoming scientific meetings. World Psychiatry 2009;8:191-2.
36. Kieling C, Herrman H, Patel V et al. Indexation of psychiatric journals from low- and middle-income countries: a survey and a case study. World Psychiatry 2009;8:40-4.

ARTÍCULO ESPECIAL

Previsión y prevención de la esquizofrenia: ¿Qué se ha logrado y ahora hacia dónde seguir?

Joachim Klosterkötter[1], Frauke Schultze-Lutter[2], Andreas Bechdolf[1,3], Stephan Ruhrmann[1]

[1]Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Cologne, Kerpener Strasse 62, 50924 Cologne, Germany; [2]University Hospital of Child and Adolescent Psychiatry, Research Department, Bern, Switzerland; [3]Department of Psychiatry, University of Melbourne, Australia

En la medicina moderna se están realizando importantes acciones en la previsión y la prevención de las enfermedades. Los trastornos mentales son indicaciones adecuadas para la aplicación de estas medidas. Los indicadores de riesgo neurobiológicos y psicosociales para la esquizofrenia que en la actualidad se conocen no tienen una potencia de previsión suficiente para la prevención selectiva en pacientes asintomáticos con riesgo. Sin embargo, una vez que avanzan los síntomas previsivos básicos y los prepsicóticos de alto riesgo subsiguientes de la psicosis hacia el pródromo inicial de cinco años, el surgimiento inminente de la enfermedad puede preverse con gran precisión. Los hallazgos de las investigaciones indican una estrategia diferencial de prevención indicada con psicoterapia cognitiva conductual en los estados prodrómicos iniciales en etapa temprana y antipsicóticos atípicos en dosis bajas en los estados prodrómicos iniciales de etapa tardía. Las tareas futuras más importantes son la mejora de la potencia de previsión mediante el enriquecimiento y la estratificación del riesgo, así como la confirmación de las estrategias de prevención existentes y el establecimiento de nuevas con una atención más importante a las causas del trastorno. Además, para el enfoque de previsión y prevención sería útil incluir los síntomas de riesgo en los criterios del DSM-5.

Palabras clave: esquizofrenia, factores de riesgo, evolución temprana, síntomas básicos, síntomas de alto riesgo, estadificación del riesgo, prevención diferenciada.

(World Psychiatry 2011:10:165-174)

Desde que el paradigma clínico tradicional se ha reemplazado con el moderno molecular, la medicina se ha dirigido a nuevas orientaciones. «Previsión», «prevención» y «personalización» son las palabras clave programáticas de este nuevo enfoque. Al igual que otras disciplinas de la medicina, la psiquiatría ha ampliado su enfoque desde el diagnóstico y el tratamiento hasta la detección y la valoración del riesgo de la aparición de la enfermedad, la previsión de su inicio y las estrategias para evitar su manifestación (1-4).

Si bien el tratamiento de la esquizofrenia ha avanzado bastante en los últimos decenios, un número importante de pacientes sigue teniendo una evolución crónica desfavorable (5,6). Esto hace que la esquizofrenia sea la causa principal de discapacidad laboral permanente en personas de menos de 40 años de edad en Alemania (7) y la octava causa más frecuente de años de vida ajustados por discapacidad (DALY) que se pierden en personas de 15 a 34 años de edad en todo el mundo (8), pese a su baja prevalencia. Además, la esquizofrenia conlleva tremendos costos directos e indirectos para la sociedad (9) y una enorme carga para los pacientes y sus familias (8,10).

Cada vez resulta más claro que la esquizofrenia es un trastorno complejo con herencia poligénica y que su patogenia está sujeta a la gran influencia de las interacciones entre diferentes genes y entre genes y medio ambiente. Ya se han confirmado una y otra vez las relaciones con las variantes de los genes para la disbindina y la neuregulina-1, el locus genético G72 y el gen de DAOA (activador de la oxidasa de aminoácido D). Al igual que con todas las demás enfermedades complejas, la investigación se está enfocando ahora en caracterizar la predisposición poligenética y esclarecer su influencia en el desarrollo del fenotipo (11). Los métodos de investigación fluctúan desde la genética molecular por medio de la investigación del proteoma hasta la biología celular, la neurofisiología, las imágenes estructurales y funcionales del cerebro y la neuropsicología. Con todos estos métodos, se han identificado varios indicadores de un incremento del riesgo de esquizofrenia. Sin embargo, los factores de riesgo neurobiológicos actualmente reconocidos no son tan previsivos que permitan la creación y la aplicación de medidas de prevención «selectivas» dirigidas a las personas asintomáticas con riesgo. Para los factores de riesgo neuropsicológico, esto apenas ha resultado evidente en el intento a gran escala del grupo del Estudio Longitudinal del Pródromo Norteamericano (NAPLS) para mejorar su modelo multifactorial mediante la integración de las variables neurocognitivas valoradas (12).

Así mismo, existen factores de riesgo ambientales establecidos para la esquizofrenia, tales como las complicaciones del embarazo o del parto, el crecer en una ciudad grande, un coeficiente intelectual bajo pero normal y el consumo de drogas. Sin embargo, con oportunidades relativas en torno a dos, cada uno de estos factores parece aumentar sólo levemente el riesgo para la enfermedad en el curso de la vida (13). Por consiguiente, los factores de riesgo actualmente conocidos, tomados en cuenta por separado o en forma conjunta, no se pueden utilizar para la previsión y la prevención sin el conocimiento de la base de predisposición completa y las interacciones genogénicas y genoambientales, que probablemente son múltiples.

En vista de esta situación, puede argüirse que las acciones actuales para la previsión y la prevención todavía son prematuras y que se precisan más avances en la investigación etiológica. Sin embargo, ha surgido una perspectiva diferente de la investigación realizada en centros para el reconocimiento temprano y la prevención, establecidos primeramente en Melbourne. Australia y en Colonia, Alemania a mediados de la década de los 90, y más tarde en muchos otros lugares de todo el mundo. Esto se debió a una investigación retrospectiva de la evolución temprana de la psicosis, en la cual las alteraciones fisiopatológicamente activas del desarrollo del cerebro se extienden más allá de las anomalías iniciales de la conducta hacia síntomas de riesgo temprano y de riesgo ultraelevado (UHR) psicopatológicamente definibles, lo que depende de la combinación individual de factores estresantes y factores relacionados con la

resistencia a la adversidad. La investigación en torno a la psicosis de primer episodio (PPE) ha demostrado que el surgimiento de la enfermedad va precedido en cerca de 70% a casi 100% de los casos por un pródromo inicial, el cual dura un promedio de cinco a seis años. Incluso en los sistemas de asistencia sanitaria muy desarrollados, transcurre un promedio de un año a partir de la primera manifestación de los síntomas positivos de psicosis hasta el inicio del tratamiento adecuado (14,15).

El periodo durante el cual la PPE permanece sin tratamiento (duración de la psicosis no tratada, DPNT) se correlaciona con: resolución tardía y parcial de los síntomas; necesidad de un tratamiento más prolongado y más riesgo de recaídas; menos cumplimiento, más repercusión en la familia y un grado más alto de «emoción expresada»; incremento del riesgo de depresión y de suicidio; más repercusión en el empleo o la educación del individuo; más abuso de drogas y conducta delictiva; un incremento notable de los costes del tratamiento (16).

Estas correlaciones se han confirmado recientemente en un metanálisis (17) en el que los coeficientes fluctúan de 0,285 a 0,434 (IC del 95%). Esto no sólo proporciona razonamientos sólidos a favor del tratamiento de la PPE lo más pronto posible, sino también ha llevado a acciones sistemáticas para disminuir la frecuencia de psicosis mediante la prevención indicada.

PREVISIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA UTILIZANDO CRITERIOS DE SÍNTOMAS BÁSICOS

Dos estudios importantes en torno a la etapa inicial previa a la conversión en psicosis de primer episodio han demostrado que los síntomas más incipientes y más frecuentes, que por lo general predominan durante el pródromo, son inespecíficos y no se pueden distinguir de las alteraciones del estado de ánimo, del impulso, del contacto y de la concentración que acompañan a los episodios depresivos. Estos son el estudio Edad-Inicio-Evolución (ABC, en inglés) de la esquizofrenia, un estudio retrospectivo con métodos optimizados (14) y el Estudio de Reconocimiento Temprano de Colonia (CER), un estudio prospectivo a largo plazo con un periodo de seguimiento promedio de un poco menos de 10 años (18). Estos estudios también mostraron alteraciones cognitivas notables caracterizadas por los trastornos autoexperimentados en los procesos de pensamiento, lenguaje y percepción. Este subgrupo de «síntomas básicos» que se identificaron en más de una cuarta parte de los pacientes, tuvo una gran especificidad y un gran valor diagnóstico de un resultado positivo, que se acompañó sólo de tasas bajas de previsiones positivas falsas (19-21).

Los síntomas básicos fueron operacionalizados inicialmente en la Escala de Bonn para la Valoración de los Síntomas Básicos (BSABS). Las versiones más breves de la escala para adultos y para niños y adolescentes —el Instrumento de Propensión a la Esquizofrenia, versión para Adultos (SPI-A) y el Instrumento de Propensión a la Esquizofrenia, versión para Niños y Jóvenes (SPI-CY)— fueron creados más tarde a partir de análisis dimensionales (22-24). Si bien la BSABS sólo permite valorar el estado actual, el SPI-A y el SPI-CY también permiten calificaciones de gravedad según la máxima frecuencia de presentación en los tres últimos meses.

En el estudio CER, 385 pacientes que al parecer se encontraban en la fase prodrómica de la esquizofrenia fueron objeto de seguimiento durante un promedio de 9,6 (± 7,6) años después del inicio. Veinte por ciento de los casos positivos según el criterio inicial (1 de 66 síntomas básicos) que accedieron al seguimiento presentaron esquizofrenia después de 12 meses, otro 17% después de 24 meses, un 13% más después de 36 meses y por último un total de 70% después de un promedio de 4,5 años. Por consiguiente, sólo en 30% no hubo la evolución a la esquizofrenia. La presentación o no presentación global de por lo menos un síntoma básico permitió prever de manera correcta si se presentaba o no se presentaba una transición subsiguiente a la esquizofrenia en 78,1% de los casos. A partir de análisis adicionales, se establecieron dos criterios de síntomas básicos parcialmente superpuestos para definir los estados mentales de riesgo (EMR) para la psicosis, principalmente esquizofrenia (tabla 1).

Tabla 1. Definiciones de un estado mental con riesgo de psicosis basado en síntomas básicos y su precisión previsiva en el estudio de reconocimiento temprano de colonia (CER)

Criterio	Precisión previsiva
Síntomas básicos cognitivos/perceptivos (COPER) Por lo menos uno de los siguientes 10 síntomas básicos con una calificación en SPI-A/SPI-CY de ≥ 3 en los últimos tres meses y primera presentación ≥ 12 meses antes: interferencia en el pensamiento; perseverancia en el pensamiento, presión en el pensamiento, bloqueos de pensamiento, alteración del lenguaje receptivo; disminución de la capacidad para distinguir entre las ideas y la percepción; fantasía y memorias verdaderas; ideas inestables de referencia; percepción distorsionada de la realidad; trastorno de la percepción visual (con exclusión de visión borrosa e hipersensibilidad a la luz); alteraciones de la percepción acústica (excluyendo hipersensibilidad a sonidos/ruidos)	sensibilidad = 0,87 especificidad = 0,54 valor previsivo de un resultado positivo = 0,65 valor previsivo de un resultado negativo = 0,82 cociente de posibilidades positivas = 1,89 cociente de posibilidades negativas = 0,24 oportunidades relativas = 7,86 positivos falsos = 23,1% negativos falsos = 6,3%
Alteraciones cognitivas (COGDIS) Por lo menos dos de los siguientes nueve síntomas básicos con una calificación en SPI-A/SPI-CY de ≥ 3 en los últimos tres meses: incapacidad para dividir la atención; interferencia en el pensamiento; presión de pensamiento; bloqueos de pensamiento; alteración del lenguaje receptivo; alteración del lenguaje expresivo; ideas inestables de referencia; alteraciones del pensamiento abstracto; encanto de la atención por los detalles del campo visual	sensibilidad = 0,67 especificidad = 0,83 valor previsivo de un resultado positivo = 0,79 valor previsivo de un resultado negativo = 0,72 cociente de posibilidades positivas = 3,94 cociente de posibilidades negativas = 0,40 oportunidades relativas = 9,91 falsos positivos = 8,8% falsos negativos = 16,3%

SPI-A, Instrumento de Propensión a la Esquizofrenia, versión para adultos; SPI-CY, Instrumento de Propensión a la Esquizofrenia, versión para Niños y Jóvenes.

El primer criterio, que consta de 10 síntomas básicos cognitivos-perceptivos y que se abrevian con las siglas COPER, se basó en hallazgos relativos a la precisión previsiva de síntomas básicos individuales (18,25). El segundo se basó en un reanálisis metodológico de la misma serie de datos, en el cual un grupo de nueve síntomas básicos cognitivos se había seleccionado una y otra vez como el más previsivo. A este grupo se le denominó «alteraciones cognitivas» (COGDIS). Por lo que respecta a la precisión previsiva general, los dos criterios fueron un poco diferentes en el estudio CER, ya que COGDIS tendía a ser más conservador que COPER, es decir, tenía mejor desempeño para incluir acertadamente la esquizofrenia subsiguiente a costa de un peor desempeño en descartarla. La tasa de transición durante todo el periodo de seguimiento promedio de alrededor de 10 años fue 65% para COPER y 79% para COGDIS, y la mayor parte de las transiciones ocurrieron en los primeros tres años después del inicio.

En un segundo estudio prospectivo (26) realizado con el SPI-A y con un seguimiento sistemático de 24 meses, 38% de los 146 individuos con riesgo inicialmente incluidos presentaron una psicosis franca, principalmente esquizofrenia, al cabo de 12,3 (± 10,4) meses en promedio (1 a 48; mediana = 9) según COPER. Por consiguiente, se confirmaron los resultados positivos del estudio CER. De nuevo, COGDIS al parecer fue más específico pero menos sensible que COPER.

Como una consecuencia de estos hallazgos, los síntomas básicos previsivos se han establecido como una serie de criterios para valorar el riesgo en la investigación internacional sobre el reconocimiento temprano de la psicosis. En concreto, la Red de Investigación Alemana sobre Esquizofrenia utilizó estos síntomas, junto con un criterio combinado de empeoramiento funcional y el riesgo biológico, para definir un «estado temprano de riesgo de psicosis» (ERPS), recomendando de esta manera un modelo de estadificación del riesgo clínico (fig. 1).

PREVISIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA MEDIANTE EL EMPLEO DE CRITERIOS DE RIESGO ULTRAELEVADO

Los síntomas positivos típicos de esquizofrenia —como los delirios, las alucinaciones o los trastornos del pensamiento formal— a menudo aparecen primero en una forma atenuada o transitoria durante la fase prodrómica inicial Estos síntomas representan una previsión válida de la evolución a la PPE, sobre todo, a corto plazo. Se han utilizado los signos de advertencia de este tipo como criterios de riesgo ultraelevado (UHR) (27,28). No obstante sus diferencias en los estudios,

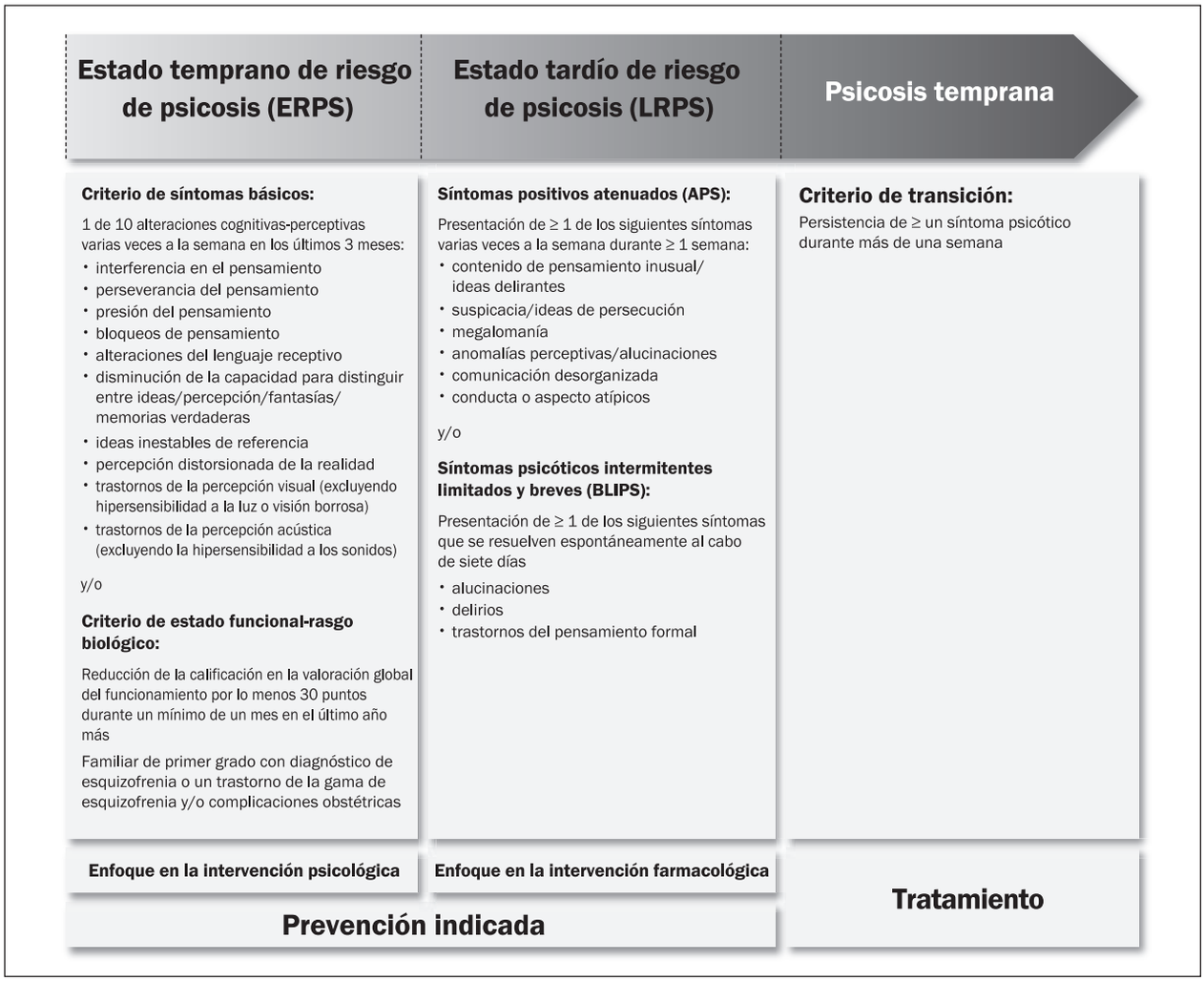

Figura 1. Estado prodrómico inicial temprano y tardío: un enfoque para la estadificación clínica.

Tabla 2. Precisión del pronóstico de diferentes factores para predecir la psicosis

Estudio	Criterios de riesgo	Seguimiento	Factores de previsión	Sensibilidad	Especificidad	PPV	NPV	Pos. LR	Neg. LR
Klosterkötter et al (18); Schultze-Lutter et al (25)	BS	9,6±7,6 años	1/66 SB positivos 1/10 SB cognitivos/perceptivos (COPER) 2/9 SB cognitivos /COGDIS)	0.98 0.87 0.67	0.59 0.54 0.83	0.70 0.65 0.79	0.96 0.82 0.72	2.4 1.9 3.9	0.03 0.2 0.4
Yung et al (34)	UHR	6 meses	UHR positivos 50 < GAF > 50	0.92 0.69	0.62 0.62	0.10 0.10	0.99 0.97	2.4 1.8	0.1 0.5
Yung et al (35)	UHR	24 meses	UHT positivos	0.91	0.63	0.16	0.99	2.5	0.1
Woods et al (36)	UHR	30 meses	UHT positivos	0.89	0.60			2.2	0.2
Lencz et al (37)	APS	24,7±15,9 meses	SIPS —escala de síndrome positivo ≥ 15 Calificación más alta en los apartados (SIPS P.1-P.5) = 5	0.67 0.78	1.00 0.76	1.00 0.54	0.89 0.90	a/0 3.3	0.3 0.3
Mason et al (38)	UHR	>12 meses, 26,3±9,2	Trastorno de personalidad esquizotípica Contenido de pensamiento inusual/ideas mágicas, alteraciones notables en el funcionamiento social, alucinaciones acústicas, anhedonia/asocialización	0.76 0.84	0.76 0.86			3.2 6.0	0.3 0.2
Yung et al (39)	UHR	12 meses	Criterio de estado de rasgo positivo más APS positivos duración de síntomas de > 5 años GAF < 40 Atención en SANS > 2 Modelo de «≥ 1 factor	0.31 0.08 0.17 0.14 0.60	0.93 1.00 1.00 1.00 0.93	0.69 1.00 1.00 1.00 0.81	0.72 0.69 0.70 0.89 0.82	4.4 a/0 a/0 a/0 8.1	0.7 0.9 0.8 0.9 0.4
Cannon et al (40)	UHR	30 meses	1. riesgo genético y reducción en GAF ≥ 10% 2. contenido de pensamiento inusual (apartado de SIPS P.1. > 2) 3. ideas paranoides (apartado de SIPS P.2. > 2 4. funcionamiento social (< 7) 5. abuso de cualquier sustancia Todos los 5 1, 2 y 3 1, 2 y 4	 0.08 0.34 0.30	 0.98 0.89 0.90	 0.79 0.74 0.81		 4.0 3.1 3.0	 0.9 0.7 0.8
Ruhrmann et al (41)	UHR COGDIS	18 meses	Calificación positiva en SIPS > 16 Pensamientos atípicos (apartado de SIPS D.2 > 2) Alteraciones del sueño (apartado de SIPS C.1. > 2) Trastorno de personalidad esquizotípica (definición de SIPS) Calificación en GAF-M más, alta el año previo Años de formación educativa	0.42	0.98	0.83	0.87	19.9	0.6

PPV, valor previsivo positivo; NPV, valor previsivo negativo; LR pos, cociente de posibilidades cuando el resultado de la prueba es positivo; LR neg, cociente de posibilidades cuando el resultado de la prueba es negativo: SB, síntomas básicos; UHS, síntomas de riesgo ultraelevado; GAF, Valoración Global del Funcionamiento; APS, síntomas positivos atenuados; SIPS, Entrevista Estructurada para los Síndromes Prodrómicos; a/O, división por 0; SANS, Escala para la Valoración de Síntomas Negativos; GAF-M, Valoración Global del Funcionamiento, versión modificada.

estos criterios por lo general constan de tres elementos alternativos: síntomas positivos atenuados (APS), síntomas psicóticos intermitentes limitados y breves (BLIPS) o una combinación de uno o más factores de riesgo (que siempre comprenden el riesgo genético) y un empeoramiento funcional en un determinado periodo reciente.

Para la confirmación de los criterios de UHR, el grupo de Melbourne gradualmente creó un instrumento específico, la valoración exhaustiva de los Estados Mentales con Riesgo (CAARMS) (29). Basándose en la definición australiana de los criterios de UHR, se creó la Entrevista Estructurada para los Síndromes Prodrómicos (SIPS), la Escala para los Síndromes Prodrómicos (SOPS) y, después, los Criterios para los Síndromes Prodrómicos (COPS) (30,31). El programa de Reconocimiento y Prevención de Hillside (RAP) en Nueva York (32) y el estudio Basel Früherkennung von Psychosen (FEPSY) (33) establecieron diferentes enfoques relacionados con el UHR para una detección temprana de la PPE, sobre todo la esquizofrenia.

Hubo por lo menos 15 estudios de previsión utilizando los criterios de UHR, algunos de los cuales tenían muestras extensas (34,41). Las tasas de transición a PPE a 12 meses publicadas hasta el momento fluctúan entre 13% y 50%, aproximadamente. Incluso se observa una varianza considerable con los periodos de observación equivalentes en el mismo centro (34,35). No obstante, puesto que la frecuencia anual para todas las formas de psicosis en la población general es de sólo alrededor de 0,034% (42), incluso las tasas de conversión más bajas todavía indican un incremento drástico del riesgo relativo de enfermedad, por lo menos en las muestras de búsqueda de ayuda de centros especializados. En la tabla 2 se ilustran las medidas de precisión previsiva publicadas hasta ahora, de las cuales los últimos cinco estudios enumerados representan análisis de previsión secundaria de muestras que cumplen criterios de riesgo. Como resultado, en la Red de Investigación Alemana sobre la Esquizofrenia, el enfoque de UHR se combinó con el enfoque de síntomas básicos y se aplicó de una manera un poco modificada para la definición de «estado de riesgo tardío de psicosis» (LRPS) (fig. 1). Este modelo de estadificación clínica, que señala una secuencia sindrómica para la aparición de PPE que avanza desde los síntomas prodrómicos inespecíficos hasta los síntomas básicos previsivos y luego a los APS, hasta BLIPS y síntomas psicóticos plenamente declarados, fue respaldado sólidamente en tiempos recientes (15).

PREVENCIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA CON UNA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DIFERENCIADA

Las medidas de prevención generales o selectivas se dirigen a grupos de población sanos o portadores de riesgo clínicamente todavía sanos, respectivamente (43). En cambio, la prevención indicada, se dirige a individuos con síntomas básicos y síntomas de UHR. Incluso en las etapas iniciales cuando estas personas buscan consejo y ayuda en los centros de reconocimiento temprano y prevención, deben considerarse como enfermos y con necesidad de tratamiento. Así mismo, el empeoramiento inminente del desempeño psicosocial en la esquizofrenia a menudo ya ocurre en la fase prodrómica inicial, aun antes de la evolución hacia la PPE (14,15). Estas alteraciones clínicas y psicosociales justifican definir las intervenciones en EPRS y LPRS como prevención indicada, con el propósito de alcanzar los siguientes tres objetivos: a) mejorar la repercusión actual de los síntomas prodrómicos; b) evitar o tal vez retrasar la evolución de la discapacidad psicosocial; c) prevenir o por lo menos retrasar o atenuar la psicosis.

En cinco estudios de intervención internacionales se ha tratado de descubrir si se pueden alcanzar estos tres objetivos y en qué grado (44-51) (tabla 3). Las medidas preventivas utilizadas fueron la psicoterapia cognitiva conductual (CBT), adaptada a los requisitos de las personas con riesgo, o los antipsicóticos atípicos (risperidona, olanzapina y amisulprida). Estos fueron estudios aleatorizados y comparativos, pero hubo problemas con el estado de enmascaramiento con respecto a las dos intervenciones de psicoterapia cognitiva conductual. Estas y otras desventajas metodológicas limitan en la actualidad las conclusiones y han propiciado que los grupos de investigación trabajen en este campo para establecer nuevos estudios de intervención optimizada. Por ejemplo, el protocolo del estudio PREVENT del grupo paralelo que se está llevando a cabo comprende análisis comparativos minuciosos y pruebas de superioridad e inferioridad de los tratamientos psicológicos y farmacológicos (52).

Se consideró por primera vez una estadificación del riesgo, implicando por tanto una dimensión temporal, en los dos estudios de intervención de la Red de Investigación Alemana sobre la Esquizofrenia. Uno de estos estudios abordó los ERPS y sólo ofreció psicoterapia cognitiva conductual como una medida preventiva (49,50). El otro estudio fue concebido para los LRPS y se utilizó solo tratamiento preventivo con amisulprida (51). Cuando la aparición de síntomas en el estado prodrómico inicial tiene la secuencia que se muestra en la figura 1, sería útil por motivos científicos y sobre todo éticos enfocarse en las intervenciones psicológicas en los ERPS, las cuales son bien toleradas y muy aceptadas. Tan pronto como ocurren los primeros síntomas psicóticos atenuados o transitorios, parece justificable aplicar antipsicóticos bien tolerados con escasos efectos secundarios. Esta estrategia de prevención diferencial en la actualidad es la que se está implementando en todos los centros alemanes de reconocimiento inicial y también cada vez está teniendo más respaldo en otros países.

Otra opción farmacológica es el aripiprazol, valorado en un estudio preliminar en estados de UHR (53). Sus posibles efectos preventivos en la actualidad se están actualizando en el estudio PREVENT. Se utilizaron antidepresivos en un estudio naturalista, de observación, no randomizado, de una muestra de adolescentes empleando sólo el criterio de APS para la inclusión, pero por motivos metodológicos, este estudio no permite llegar a ninguna conclusión en torno a los efectos preventivos diferenciales de estos fármacos (54).

TAREAS PARA EL FUTURO

Una valoración crítica de los logros en los últimos 15 años a través de las acciones continuadas para intensificar la previsión y la prevención de las psicosis, sobre todo de la esquizofrenia, revela resultados muy impresionantes. Sin embargo, los resultados logrados hasta ahora se han de valorar tomando en cuenta los objetivos ambiciosos, inicialmente mencionados, de la medicina previsiva y preventiva moderna. Una vez que han ocurrido los síntomas básicos previsivos y los síntomas de UHR, el proceso fisiopatológico subyacente podría haber ya avanzado. Para tal enfermedad compleja con una evolución a largo plazo y una predisposición básica, esta clase de identifi-

Tabla 3. Estudios prospectivos aleatorizados y controlados sobre la prevención en personas con un incremento del riesgo de psicosis

Estudio	Criterios de inclusión: criterios de riesgo temprano y de riesgo alto	Criterio de transición	Muestra (n)	Diseño	Variable experimental	Variable de control	Catamnesis	Resultados
McGorry et al (44) Phillips et al (45)	APS y/o BLIPS y/o reducción en el grado de funcionamiento social y familiares de primer grado con esquizofrenia o la persona índice tiene el diagnóstico de trastorno de personalidad esquizotípica	Más de una semana de síntomas positivos constantes	59	Estudio randomizado comparativo sin enmascaramiento	6 meses de CBT individual y risperidona	6 meses de intervención psicosocial de apoyo	12 meses; segundo seguimiento: 46 meses (media)	Mejoría de los síntomas y ajuste social en ambas variables; reducción importante de la tasa de transición en el grupo experimental después de 6 meses según análisis por intención de tratar y después de 12 meses según análisis por protocolo; diferencia no significativa en el seguimiento a 46 meses
Morrison et al (46) Morrison et al (47)	APS y/o BLIPS y/o reducción del grado de funcionamiento social y familiares de primer grado con esquizofrenia o la persona índice tiene diagnóstico de trastorno de personalidad esquizotípica	Más de una semana de síntomas positivos constantes	58	Estudio randomizado comparativo	6 meses de CBT individual	6 meses de vigilancia	12 meses; segundo seguimiento: 36 meses	Mejoría significativa de los síntomas positivos con psicoterapia conductual; mejora del ajuste social en los dos trastornos; reducción importante de la tasa de transición después de 12 meses; diferencia no significativa en el seguimiento a los 36 meses
McGlashan et al (48)	APS (modificados) y/o BLIPS (modificados) y/o reducción del grado de funcionamiento social y familiares de primer grado con esquizofrenia o la persona índice tiene diagnóstico de trastorno de personalidad esquizotípica	Cuatro semanas de síntomas positivos constantes, conducta desorganizada o un peligro para sí mismo o para los demás	60	Estudio randomizado comparativo con placebo de doble enmascaramiento	12 meses de olanzapina, intervención psicoeducativa de apoyo individual y familiar	12 meses de placebo, intervención psicoeducativa de apoyo individual y familiar	24 meses	Mejora a los 12 meses en la psicopatología positiva, negativa y general significativamente mayor en el grupo con olanzapina que en el grupo con placebo; tendencia estadística hacia la reducción en la tasa de transición después de 12 meses
Häfner et al (49) Bechdolf et al (50)	Síntomas básicos previsivos de psicosis y/o reducción del grado de funcionamiento social con factores de riesgo genéticos y/u obstétricos	APS*1 y/o BLIPS*2 y/o más de una semana de síntomas positivos constantes	128	Estudio randomizado comparativo	12 meses de CBP individual, CBP de grupo, formación cognitiva, intervención psicoeducativa familiar	12 meses de tratamiento individual de apoyo	24 meses	Mejora significativa de los síntomas prodrómicos y el grado de funcionamiento social antes frente a después de la comparación; reducción significativa de la tasa de transmisión en el grupo experimental después de 12 meses
Ruhrmann et al (51)	APS y/o BLIPS	Más de una semana de síntomas positivos constantes	124	Estudio randomizado comparativo	24 meses de amisulprida, intervención psicoeducativa de apoyo individual y familiar	24 meses de intervención enfocada en las necesidades	24 meses	Mejora importante de los síntomas prodrómicos y el grado de función social antes frente a después de la comparación luego de 6 y 12 meses; reducción importante de la tasa de transición en el grupo experimental después de 6 meses y 12 meses

APS, síntomas positivos atenuados; BLIPS, síntomas psicóticos intermitentes limitados y breves; CBT, psicoterapia cognitiva conductual; CT, psicoterapia cognitiva.

cación del riesgo y de prevención orientada al riesgo posiblemente llega demasiado tarde. Se podría lograr una reducción más importante de la incidencia mediante las medidas de prevención selectivas y generales. Por tanto, es necesario avanzar más en la previsión y la prevención basadas en los síntomas dirigidas a la prevención selectiva en los portadores de riesgo asintomáticos. En el futuro, es necesario tratar de alcanzar: a) una mejora del enriquecimiento del riesgo con la inclusión de factores de riesgo biológicos; b) una individualización más sólida de la estimación del riesgo mediante estratificación; c) la inclusión de estados mentales subpsicóticos, según se definen de manera representativa por los criterios de riesgo actuales en los sistemas diagnósticos; d) la aplicación de estrategias de prevención más íntimamente relacionadas con la causa de la enfermedad.

Enriquecimiento del riesgo

Si la fase prodrómica inicial persiste hasta por cinco años, entonces la mayor parte de los periodos de seguimiento que se muestran en la tabla 2 no son suficientes para adquirir las verdaderas tasas de transición. Un número significativo de personas que más tarde evolucionan a la psicosis pueden clasificarse como no conversivas y, por tanto, es posible que se subestime sistemáticamente la potencia previsiva de los síndromes de riesgo (12). Por tanto, la tarea futura inicial más importante es llevar a cabo nuevos estudios a gran escala metodológicamente optimizados con periodos de seguimiento prolongados que abarquen toda la duración de la fase prodrómica inicial, como en el estudio CER (18).

El enriquecimiento del riesgo también puede avanzar a través de la inclusión de biomarcadores, siguiendo el ejemplo de la investigación reciente sobre la previsión de la demencia de Alzheimer a través del síndrome de alteración cognitiva leve (55). Este estado indica un riesgo para la demencia de Alzheimer con una tasa de evolución equivalente al síndrome de riesgo para el FEPS. Sin embargo, si los pacientes con alteración cognitiva leve muestran simultáneamente determinados marcadores de imágenes y bioquímicos, la potencia previsiva aumenta en grado significativo. Tal enriquecimiento del riesgo puede ser factible para el FEPS utilizando cambios morfológicos del cerebro, pero también alteraciones de la rapidez del procesamiento y la memoria verbal, que se asocian al síndrome de riesgo de psicosis y son más frecuentes y graves en los casos con una transición ulterior a la esquizofrenia en otras psicosis (12,56-60). Sólo nuevos estudios a gran escala con periodos de observación suficientemente prolongados podrían esclarecer si el enriquecimiento del riesgo puede lograrse por medio de tales biomarcadores. El éxito de esta estrategia depende de los avances de la investigación sobre los factores de riesgo biológico y ambiental y sus interacciones, como actualmente se intenta en el estudio de Red Europea de Redes Nacionales de Esquizofrenia para el Estudio de las Interacciones Genoambientales (EU-GEI (61).

Estadificación del riesgo

En otras disciplinas médicas, como en oncología o neumología, un procedimiento de modelación del riesgo bien establecido, que no da por resultado la pérdida de la sensibilidad, consiste en el empleo de índices pronósticos (IP) para la estadificación clínica multifactorial mediante la estratificación del riesgo. En el estudio Previsión Europea de la Psicosis (EPOS), se comenzó a utilizar por primera vez este enfoque en la investigación de la previsión de la psicosis (41). Se creó un modelo clínico basado en un análisis de regresión de Cox que incluía seis variables (puntuación positiva en la SIPS, puntuación de pensamiento atípico en la SIPS, puntuación en trastornos del sueño en la SIPS, trastorno de personalidad isotípica en la SIPS, calificación más alta en la Valoración Global del Funcionamiento en el año previo y años de formación educativa). Basándose en las calificaciones de regresión individuales, se recomendó un IP multifactorial para estratificar más el riesgo de transición a la psicosis en cuatro clases de riesgo, cada una de las cuales delimita un riesgo relativo significativamente aumentado en comparación con la población general, que incrementaba con cada clase.

Se arguyó que este modelo de cuatro clases mejora notablemente la previsión de la psicosis al permitir diferenciar el riesgo individual por lo que respecta a magnitud y tiempo. Tal estimación del riesgo más individualizada o estadificación clínica del riesgo, si se valida en estudios futuros, podría avanzar significativamente la creación de criterios de inclusión adaptados al riesgo para estudios preventivos randomizados en el futuro. En la primera aplicación de este enfoque en EPOS, sólo se tomaron en cuenta las variables clínicas y demográficas. Aún no se ha explorado si un modelo multifactorial que incluye variables neurocognitivas, neurobiológicas, sociográficas o ambientales incrementarían aún más la posición previsiva. Además, estudios futuros habrán de valorar si tales métodos también se pueden aplicar a la previsión de la psicosis dentro de cronologías diferentes.

Introducción de los estados mentales con riesgo (EMR) en los sistemas diagnósticos

La revisión del DSM que se está realizando ha fomentado un debate sobre la inclusión de un síndrome de riesgo para la psicosis a fin de facilitar su prevención (62). Varios investigadores arguyeron al principio en contra de este proyecto y llamaron la atención a los riesgos que podría representar la aplicación de EMR como criterios diagnósticos. Hicieron hincapié en que la alta tasa de previsiones positivas falsas en clínicas especializadas (60% a 70%) cabría esperar que se incrementara a 90% en las clínicas generales de pacientes ambulatorios. Esta crítica ciertamente está justificada y debiera recibir atención antes de determinar si se debieran incluir o no los EMR en las revisiones próximas de los sistemas diagnósticos. Sin embargo, el debate casi se enfoca exclusivamente en la validez previsiva de los criterios de riesgo, descartando con ello el principal hallazgo: que las personas que cumplen criterios de riesgo ya padecen múltiples alteraciones mentales y funcionales, por las cuales buscan ayuda. Es más, muestran diversas deficiencias psicológicas y cognitivas aunadas a los cambios cerebrales morfológicos y funcionales. Por tanto, la mayoría de las personas con riesgo que buscan ayuda cumplen los criterios generales del DSM-IV para el trastorno mental (es decir, un síndrome conductual o psicológico clínicamente importante que se acompaña de discapacidad o de ansiedad grave) y tienen que considerarse como enfermos, es decir, como personas con la necesidad y el derecho a recibir tratamiento. Tomando en cuenta estos aspectos, hay buenos motivos para la inclusión de un perfil clínico en el sistema diagnóstico según se deli-

mita por los criterios de riesgo actuales, no como un síndrome de riesgo prodrómico para la primera psicosis, sino como un trastorno independiente. Además de permitir el acceso a la atención médica normal, la introducción de tal diagnóstico independiente tendría la ventaja adicional de evitar la estigmatización potencialmente causada por la vinculación explícita del estado mental actual con un desenlace amenazante y negativamente estigmatizado. Aunque un incremento del riesgo de psicosis seguiría siendo una característica de tal diagnóstico, el enfoque psicológico y médico debiera modificarse desde un resultado futuro incierto hasta la psicopatología y las necesidades. En este estado actual de conocimientos, los criterios del DSM-5 serían el marco de referencia correcto para la inclusión de este síndrome. Un gran ímpetu para la planificación y el incremento de una nueva generación de estudios internacionales y nacionales se detonaría con esta inclusión en el DSM-5 y más tarde también en la ICD-11.

Estrategias de prevención más orientadas a la causa

Un nuevo enfoque preventivo está impulsado por la idea de la neuroprotección (63,64) y los estudios que indican una pérdida progresiva del volumen de la sustancia gris antes del inicio de la psicosis (56, 58, 60). Entre las diversas sustancias con propiedades neuroprotectoras potenciales, se dispone de los primeros resultados para los ácidos grasos omega-3 en dosis altas, la glicina y el litio en dosis bajas. La tasa de transición de 12 semanas fue notablemente más baja en el grupo tratado con ácidos grasos omega-3 de adolescentes con UHR que en el grupo que recibió placebo (65) y este efecto se mantuvo en el seguimiento a los seis meses. La glicina, un coagonista del receptor de N-metil-d-aspartato, se valoró en 10 pacientes en un estudio preliminar abierto, y se comunicó una mejora importante en diferentes dominios psicopatológicos (66). En un estudio abierto de prueba de concepto, el tiempo de relajación en T2 del hipocampo se redujo notablemente en un grupo con UHR tratado con litio en dosis bajas, en comparación con un grupo similar que recibió tratamiento habitual de apoyo, lo que indica una protección de la microestructura del hipocampo (58,67). Este fue el primer estudio que proporcionó datos de imágenes sobre efectos neuroprotectores en individuos con riesgo. El efecto preventivo evidente de los ácidos grasos omega-3 en la actualidad está en proceso de ser analizado en el pródromo norteamericano, europeo y australiano (NEURAPRO) (68).

CONCLUSIONES

Con la excepción de la demencia de Alzheimer, la esquizofrenia es el primer trastorno mental en el cual hasta el momento se ha aplicado sistemáticamente el programa de previsión y prevención de la medicina moderna. Los resultados son favorables y justifican la expectativa de que en los próximos años será posible proporcionar estrategias preventivas ajustadas específicamente al riesgo individual de la enfermedad de cada persona que busca asesoría. A fin de lograr una reducción importante de la incidencia, la valoración del riesgo orientada a los síntomas se ha de enriquecer mediante los factores de riesgo neurobiológicos y psicosociales y la prevención indicada tiene que desarrollarse más hacia la prevención selectiva. Para esto es necesaria una nueva generación de estudios de muestras a gran escala para la previsión y para la prevención, con periodos de observación significativamente más prolongados. En estos estudios, se deben valorar las combinaciones promisorias de indicadores del riesgo, seleccionadas para maximizar los valores de previsión, es necesario valorar las intervenciones psicológicas y farmacológicas a largo plazo y se tiene que valorar estrategias de prevención más orientadas a las causas. A fin de poder planificar y llevar a cabo estos estudios, ciertamente sería útil incluir estados mentales subpsicóticos, según se definen por los síntomas de riesgo actualmente utilizados en la próxima revisión de los sistemas diagnósticos.

Bibliografía

1. Bundesministeriums für Gesundheit. Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit zur Umsetzung nationaler Gesundheitsziele. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit, 2007.
2. Commonwealth Department of Health and Aged Care. Promotion, prevention and early intervention for mental health – a monograph. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000.
3. European Commission. Green Paper – Improving mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union. Brussels: European Commission, 2005.
4. World Health Organization. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Geneva: World Health Organization, 2004.
5. Häfner H, an der Heiden W. Course and outcome. In: Mueser KT, Jeste DV (eds). Clinical handbook of schizophrenia. New York: Guilford, 2008:100-13.
6. Harrison G, Hopper K, Craig T et al. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. Br J Psychiatry 2001;178:506-17.
7. Clouth J. Costs of early retirement – the case of schizophrenia. Psychiatr Prax 2004;31(Suppl. 2):S238-45.
8. Rössler W, Salize HJ, van Os J et al. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. Eur Neuropsychopharmacol 2005;15:399-409.
9. Samnaliev M, Clark RE. The economics of schizophrenia. In: Mueser KT, Jeste DV (eds). Clinical handbook of schizophrenia. New York: Guilford, 2008:507-15.
10. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urízar A, Kavanagh D. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005;40:899-904.
11. Harrison PJ, Weinberger DR. Schizophrenia genes, gene expression and neuropathology on the matter of their convergence. Mol Psychiatry 2005;10(Suppl. 3):40-68.
12. Seidman LJ, Giuliano AJ, Meyer EC et al. Neuropsychology of the prodrome to psychosis in the NAPLS consortium: relationship to family history and conversion to psychosis. Arch Gen Psychiatry 2010;67:578-88.
13. van Os J, Kapur S. Schizophrenia. Lancet 2009;374:635-45.
14. Häfner H, Maurer K, Löffler W et al. The ABC Schizophrenia Study: a preliminary overview of the results. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998;33:380-6.
15. Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Berning J et al. Basic symptoms and ultrahigh risk criteria: symptom development in the initial prodromal state. Schizophr Bull 2010;36:182-91.
16. Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Klosterkötter J. Early detection and intervention in the initial prodromal phase of schizophrenia. Pharmacopsychiatry 2003;36(Suppl. 3):S162-7.

17. Marshall M, Lewis S, Lockwood A et al. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. Arch Gen Psychiatry 2005;62:975-83.
18. Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM et al. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. Arch Gen Psychiatry 2001;58:158-64.
19. Huber G, Gross G. The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychoses. Recent Prog Med 1989;80:646-52.
20. Gross G. The 'basic' symptoms of schizophrenia. Br J Psychiatry 1989;7:21-5.
21. Gross G, Huber G, Klosterkötter J et al. Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen (BSABS; Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms). Berlin: Springer, 1987.
22. Schultze-Lutter F, Addington J, Ruhrmann S et al. Schizophrenia Proneness Instrument, Adult version (SPI-A). Rome: Fioriti, 2007.
23. Schultze-Lutter F, Koch E. Schizophrenia Proneness Instrument, Child & Youth version (SPI-CY). Rome: Fioriti, 2010.
24. Schultze-Lutter F, Steinmeyer EM, Ruhrmann S et al. The dimensional structure of self-reported 'prodromal' disturbances in schizophrenia. Clin Neuropsychiatry 2008;5:140-50.
25. Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Klosterkötter J. Can schizophrenia be predicted phenomenologically? In: Johannessen JO, Martindale B, Cullberg J (eds). Evolving psychosis. Different stages, different treatments. London: Routledge, 2006:104-23.
26. Schultze-Lutter F, Klosterkötter J, Picker H et al. Predicting firstepisode psychosis by basic symptom criteria. Clin Neuropsychiatry 2007;4:11-22.
27. Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD et al. Prediction of psychosis. Br J Psychiatry 1998;172(Suppl. 33):14-20.
28. Phillips LJ, Yung AR, McGorry PD. Identification of young people at risk of psychosis: validation of personal assessment and crisis evaluation clinic intake criteria. Aust N Z J Psychiatry 2000;34:S164-9.
29. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD et al. Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states. Aust N Z J Psychiatry 2005;39:964-71.
30. Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL et al. Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the structured interview for prodromal syndromes: preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity. Am J Psychiatry 2002;159:863-5.
31. McGlashan T, Walsh B, Woods S. The psychosis-risk syndrome. Handbook for diagnosis and follow-up. New York: Oxford University Press, 2010.
32. Cornblatt B. The New York High-Risk Project to the Hillside Recognition and Prevention (RAP) Program. Am J Med Genet 2002;114:956-66.
33. Riecher-Rössler A, Geschwandtner U, Aston J et al. The Basel earlydetection-of-psychosis (FEPSY)-study – design and preliminary results. Acta Psychiatr Scand 2007;115:114-25.
34. Yung AR, Stanford C, Cosgrave E et al. Testing the ultra high risk (prodromal) criteria for the prediction of psychosis in a clinical sample of young people. Schizophr Res 2006;84:57-66.
35. Yung AR, Nelson B, Stanford C et al. Validation of "prodromal" criteria to detect individuals at ultra high risk of psychosis: 2 year follow-up. Schizophr Res 2008;105:10-7.
36. Woods SW, Addington J, Cadenhead KS et al. Validity of the prodromal risk syndrome for first psychosis: findings from the North American Prodrome Longitudinal Study. Schizophr Bull 2009;35:894-908.
37. Lencz T, Smith CW, Auther A et al. The assessment of "prodromal schizophrenia": unresolved issues and future directions. Schizophr Bull 2003;29:717-28.
38. Mason O, Startup M, Halpin S et al. Risk factors for transition to first episode psychosis among individuals with 'at-risk mental states'. Schizophr Res 2004;71:227-37.
39. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP et al. Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. Schizophr Res 2004;67:131-42.
40. Cannon TD, Cadenhead K, Cornblatt B et al. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite longitudinal study in North America. Arch Gen Psychiatry 2008;65:28-37.
41. Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Salokangas RK et al. Prediction of psychosis in adolescents and young adults at high risk: results from the prospective European Prediction of Psychosis Study (EPOS). Arch Gen Psychiatry 2010;67:241-51.
42. Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C et al. Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AESOP study. Arch Gen Psychiatry 2006;63:250-8.
43. Mrazek PJ, Haggerty RJ (eds). Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington: National Academy Press, 1994.
44. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. Arch Gen Psychiatry 2002;59:921-8
45. Phillips LJ, McGorry PD, Yuen HP et al. Medium-term follow-up of a randomized controlled trial of interventions for young people at ultra high risk of psychosis. Schizophr Res 2007;96:25-33.
46. Morrison AP, French P, Walford L et al. Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk. Br J Psychiatry 2004;185:291-7.
47. Morrison AP, French P, Parker S et al. Three-year follow-up of a randomized controlled trial of cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultrahigh risk. Schizophr Bull 2007;33:682-7.
48. McGlashan TH, Zipursky RB, Perkins D et al. The PRIME North America randomized double-blind clinical trial of olanzapine versus placebo in patients at risk of being prodromally symptomatic for psychosis. I. Study rationale and design. Schizophr Res 2003;61:7-18.
49. Häfner H, Maurer K, Ruhrmann S et al. Early detection and secondary prevention of psychosis: facts and visions. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2004;254:117-28.
50. Bechdolf A, Wagner M, Harrigan S et al. Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states. Br J Psychiatry (in press).
51. Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Maier W et al. Pharmacological intervention in the initial prodromal phase of psychosis. Eur Psychiatry 2005;20:1-6.
52. Bechdolf A, Müller H, Stützer H et al. Rationale and baseline characteristics of PREVENT: a second generation intervention trial in subjects at-risk (prodromal) of developing first episode psychosis evaluating cognitive behaviour therapy, aripiprazole and placebo for the prevention of psychosis. Schizophr Bull (in press).
53. Woods SW, Tully EM, Walsh BC et al. Aripiprazole in the treatment of the psychosis prodrome. An open-label pilot study. Br J Psychiatry 2007;191(Suppl. 51):96-101.

54. Cornblatt BA, Lencz T, Smith CW et al. Can antidepressants be used to treat the schizophrenia prodrome? Results of a prospective, naturalistic treatment study of adolescents. J Clin Psychiatry 2007;68:546-57.
55. Hampel H, Frank R, Broich K et al. Biomarkers for Alzheimer's disease: academic, industry and regulatory perspectives. Nat Rev Drug Discov 2010;9:560-74.
56. Borgwardt SJ, McGuire PK, Aston J et al. Structural brain abnormalities in individuals with an at-risk mental state who later develop psychosis. Br J Psychiatry 2007;191(Suppl. 51):69-75.
57. Brockhaus-Dumke A, Schultze-Lutter F, Mueller R et al. Sensory gating in schizophrenia: P50 and N100 gating in antipsychotic-free subjects at risk, first-episode, and chronic patients. Biol Psychiatry 2008;64:376-84.
58. Pantelis C, Velakoulis D, Wood SJ et al. Neuroimaging and emerging psychotic disorders: the Melbourne ultra-high risk studies. Int Rev Psychiatry 2007;19:371-81.
59. Pukrop R, Schultze-Lutter F, Ruhrmann S et al. Neurocognitive functioning in subjects at risk for a first episode of psychosis compared with first- and multiple-episode schizophrenia. J Clin Exp Neuropsychiatry 2006;28:1388-407.
60. Witthaus H, Kaufmann C, Bohner G et al. Gray matter abnormalities in subjects at ultra-high risk for schizophrenia and first-episode schizophrenic patients compared to healthy controls. Psychiatry Res 2008;173:163-9.
61. The European Network of Schizophrenia Networks for the Study of Gene-Environment Interactions (EU-GEI). Schizophrenia aetiology: do gene-environment interactions hold the key? Schizophr Res 2008;102:21-6.
62. Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Klosterkötter J. Probably at-risk, but certainly ill - Advocating the introduction of a psychosis spectrum disorder in DSM-V. Schizophr Res 2010;120:23-37.
63. Lieberman JA. Neuroprotection: a new strategy in the treatment of schizophrenia. Neurobiological basis of neurodegeneration and neuroprotection. CNS Spectr 2007;12(Suppl. 18):4-6.
64. Berger G, Dell'Olio M, Amminger P et al. Neuroprotection in emerging psychotic disorders. Early Interv Psychiatry 2007;1:114-27.
65. Amminger GP, Schäfer MR, Papageorgiou K et al. Long-chain omega-3 fatty acids for indicated prevention of psychotic disorders: a randomized, placebo-controlled trial. Arch Gen Psychiatry 2010;67:146-54.
66. Woods SW, Walsh B, Pearlson GD et al. Glycine treatment of prodromal symptoms. Schizophr Res 2006;86:S7-S17.
67. Berger G, Wood SJ, Dell'Olio M et al. Neuroprotective effects of low dose lithium in individuals at ultra-high risk for psychosis. A longitudinal MRI/MRS study. Schizophr Res 2008;102:39-40.
68. Nelson B, McGorry P, Yung A et al. The NEURAPRO (North America, Europe, Australia Prodrome) Study: a multicenter RCT of treatment strategies for symptomatic patients at ultra-high risk for progression to schizophrenia and related disorders. Design and study plan. Schizophr Res 2008;102(Suppl. 2):295.

ARTÍCULO ESPECIAL

Trastornos del desarrollo intelectual: hacia un nuevo nombre, definición y marco de referencia para "retraso mental/discapacidad intelectual" en la ICD-11

Luis Salvador-Carulla[1,2], Geoffrey M. Reed[3], Leila M. Vaez-Azizi[4,5], Sally-Ann Cooper[6], Rafael Martinez-Leal[1], Marco Bertelli[2,7,8], Colleen Adnams[9], Sherva Cooray[10], Shoumitro Deb[2,11], Leyla Akoury-Dirani[12], Satish Chandra Girimaji[13], Gregorio Katz[14], Henry Kwok[2,15], Ruth Luckasson[16], Rune Simeonsson[17], Carolyn Walsh[4,5], Kerim Munir[2,4,5], Shekhar Saxena[3]

[1]Intellectual Disability-Developmental Disorders Research Unit, Fundación Villablanca, Reus (Tarragona), Spain; [2]WPA Section on Psychiatry of Intellectual Disability; [3]Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland; [4]Harvard Medical School, Boston, MA, USA; [5]Mental Health and Developmental Disabilities Program, Children's Hospital Boston, Boston, MA, USA; [6]Centre for Population and Health Sciences, University of Glasgow, Scotland, UK; [7]AMG Research and Evolution Centre, Firenze, Italy; [8]Italian Society for Mental Retardation, Italy; [9]Department of Psychiatry and Mental Health, University of Cape Town, South Africa; [10]Central and North West London NHS Foundation Trust, London, UK; [11]University of Birmingham, UK; [12]Psychiatry Department, American University of Beirut Medical Center, Beirut, Lebanon; [13]Child and Adolescent Psychiatry Department, National Institute of Mental Health and Neuro Sciences, Bangalore, India; [14]Centro Terapéutico Interdisciplinario, Naucalpan, México; [15]Psychiatric Unit for Learning Disabilities, Kwai Chung Hospital, Hong Kong, China; [16]Department of Educational Specialities, College of Education, University of New Mexico, Albuquerque, NM, USA; [17]School Psychology Program, University of North Carolina, Chapel Hill, NC, USA

Si bien el término «discapacidad intelectual» ha reemplazado ampliamente al término «retraso mental» se ha intensificado el debate en torno a si esta entidad se debiera conceptuar como un estado de salud o como una discapacidad a medida que avanza la revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD) de la Organización Mundial de la Salud (WHO). El definir la discapacidad intelectual como un trastorno de la salud es central para retenerlo en la ICD y esto tiene repercusiones en las políticas sanitarias y el acceso a los servicios de salud. En este estudio se presenta el consenso al que ha llegado hasta ahora el Grupo de Trabajo sobre la Clasificación de las Discapacidades Intelectuales de la ICD de la WHO. Se llevaron a cabo análisis bibliográficos y se adoptó un enfoque cualitativo mixto en una serie de reuniones para producir recomendaciones basadas en consenso que combinan el conocimiento previo de expertos y la evidencia científica disponible. El Grupo de Trabajo propone reemplazar retraso mental con el término Trastornos del Desarrollo Intelectual, definidos como «un grupo de trastornos del desarrollo que se caracterizan por alteraciones importantes de las funciones cognitivas, que se asocian a limitaciones del aprendizaje, conducta y habilidades de adaptación». El Grupo de Trabajo recomienda además que se incorporen los trastornos del desarrollo intelectual en el agrupamiento más amplio (categoría matricial) de los trastornos del desarrollo neurológico, que se continúen las categorías subalternas actuales basadas en la gravedad clínica (es decir, leve, moderada, grave, profunda) y que se eliminen las conductas problemáticas de la estructura de clasificación central de los trastornos del desarrollo intelectual y se describan en cambio como manifestaciones asociadas.

Palabras clave: Discapacidad intelectual, retraso mental, trastornos del desarrollo intelectual, terminología relacionada con la salud, clasificación, trastornos mentales, ICD, ICF.

World Psychiatry 2011:10:175-180)

El trastorno de la salud actualmente definido como «retraso mental» (RM) es un agrupamiento de síndromes y trastornos que se caracterizan por una deficiencia de la inteligencia y limitaciones asociadas en el comportamiento de adaptación. El análisis de la base conceptual y la terminología relativa al RM es pertinente hoy en día pues la Organización Mundial de la Salud (WHO) se encuentra en el proceso de modificar la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados, décima revisión (ICD-10) (1). Este documento describe la justificación y el proceso para reemplazar la conceptuación del RM en la ICD-10 con el concepto de *trastornos del desarrollo intelectual* (TDD) en la ICD-11.

Los trastornos del desarrollo intelectual (TDD) tienen un largo historial dentro de la taxonomía de los trastornos mentales (2). Su prevalencia es del orden aproximado de 1% en los países con altos ingresos y del 2% de los países con ingresos bajos y medianos (LAMI) (3,4). Tienen una repercusión importante en el funcionamiento y la discapacidad durante toda la vida de un individuo y con mucha frecuencia acompañan a otros trastornos mentales (5). Suelen diagnosticarse en forma errónea, conllevan un acceso deficiente a los servicios de asistencia a la salud así como costos muy altos para el sistema de asistencia sanitaria y para la sociedad en general (6-10). Pese a estos hechos, los TDD en gran parte no se toman en cuenta en el sector de la salud mental, donde la formación específica en torno a los TDD y los servicios especializados se limitan a algunos países con altos ingresos, principalmente occidentales (11,12).

Durante los últimos 15 años ha ocurrido un intenso debate en relación a cómo nombrar, definir y valorar en forma apropiada los TDD (13). En resumen, el término «discapacidad intelectual» (DI) ha reemplazado ampliamente al de RM para fines de normatividad, administrativos y legislativos en muchos países desarrollados y en un número cada vez mayor de países con LAMI. Sin embargo, la interrogante con respecto a si los TDD constituyen una discapacidad o un trastorno de la salud sigue siendo acaloradamente debatida y se utilizan dos enfoques concomitantes basándose en las nuevas conceptuaciones de esta entidad. Desde una perspectiva de estado de salud, el RM en la actualidad se codifica como un trastorno en la ICD (categoría E70). Al mismo tiempo, las alteraciones de

las funciones intelectuales que son componentes centrales de los TDD pueden clasificarse dentro de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y la Salud (ICF) de la WHO (14) y por tanto considerarse como una parte de la discapacidad.

Desde una perspectiva de discapacidad, la *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD) ha elaborado una definición integral, clasificación y sistema de apoyos que se enfocan principalmente en el funcionamiento, la conducta de adaptación y las necesidades de apoyo y que son compatibles con el modelo conceptual propuesto por la ICF (15,16). Según la AAIDD, la DI es una discapacidad que se caracteriza por «limitaciones importantes tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta de adaptación según se expresa en las habilidades conceptuales, sociales y adaptación práctica. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años de edad» (16).

En cambio, la sección sobre Psiquiatría de la Discapacidad Intelectual de la WPA considera los TDD como trastornos de la salud: «un agrupamiento sindrómico o metasíndrome análogo al concepto de demencia, que se caracteriza por una deficiencia del funcionamiento cognitivo antes de la adquisición de destrezas a través del aprendizaje. La intensidad de la deficiencia es tal que interfiere de una manera significativa en el funcionamiento normal del individuo según se expresa en las limitaciones de actividades y la restricción en la participación (discapacidad)» (17).

El debate con respecto a estas conceptuaciones diferentes de los TDD ha alcanzado su ímpetu e importancia en el contexto de la revisión de las dos principales clasificaciones de los trastornos mentales que se están realizando en la actualidad: la ICS-10 y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la American Psychiatric Association (APA) (18). Una postura extrema en este debate indica que si los TDD se definen únicamente como discapacidades y no como un trastorno de la salud, debieran eliminarse de la ICD y clasificarse utilizando sólo los códigos de la ICF: independientemente de que esta postura tenga una validez conceptual, es la ICD —no la ICF— la que utilizan ampliamente los 194 países integrantes de la WHO para definir las responsabilidades de los gobiernos en la prestación de asistencia a la salud y otros servicios a sus ciudadanos. Las categorías de la ICD, incluidas las relativas a los TDD, se utilizan en todo el mundo para especificar cuáles personas son aptas para determinados tipos de atención a la salud, servicios educativos y sociales y bajo cuáles condiciones. Por tanto, el eliminar los TDD de la lista de trastornos de la salud tendría una repercusión importante en la visibilidad de los TDD, en las estadísticas sanitarias nacionales y mundiales, en las políticas sanitarias y en los servicios disponibles a esta población vulnerable.

A la inversa, si los TDD se consideran sólo como un trastorno de la salud, entonces no se debiera utilizar el término «discapacidad» para referirse a ellos. Sin embargo, esto se contrapondría a la postura ya adoptada por muchos gobiernos y organizaciones internacionales. Tal solución podría juzgarse como un enfoque reduccionista, biomédico y ser rechazado por muchos interesados internacionales clave, usuarios y expertos en el campo. Así mismo, existen dudas importantes no resueltas en la definición de los TDD como un trastorno de la salud, entre ellas, en cuál parte de una clasificación de la salud se debiera ubicar a los TDD, el umbral de edad para el inicio y las características de la interrelación de las alteraciones cognitivas y las destrezas conductuales.

La experiencia colectiva en relación a la terminología y la ontología en el campo de la TDD puede ayudar a esclarecer la conceptuación de la enfermedad y los componentes de la discapacidad en la ICD-11 y la ICF; es decir, en cuál parte del componente de trastorno de salud de los TDD se puede ubicar apropiadamente dentro una clasificación de enfermedades y trastornos y de qué manera sus consecuencias funcionales pueden conceptuarse utilizando una clasificación del funcionamiento y de la discapacidad (6). Tal enfoque representa soluciones alternativas a problemas similares relacionados con otros trastornos mentales que se asocian a la discapacidad.

La investigación descrita en este artículo se ha llevado a cabo en el contexto de la revisión de la clasificación de los trastornos mentales y de la conducta en la ICD-10, dirigida por el Departamento de Salud Mental y de Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, que se ha descrito en otra parte (19,20). En este campo de los TDD, un propósito importante de la ICD-11 será proporcionar herramientas para posibilitar una identificación más generalizada, eficiente y exacta de la priorización de personas con TDD que necesitan servicios. En la mayoría de los países, las opciones de servicios y la selección de tratamiento para las personas con TDD han estado sujetas a la influencia importante de la clasificación diagnóstica. Las personas con TDD tienen más posibilidades de recibir los servicios que necesitan si los profesionales sanitarios en los contextos donde más probablemente son consultados cuentan con un sistema diagnóstico que es fiable, válido, clínicamente útil y factible. Es muy improbable que tal personal de primera de atención primaria sean psiquiatras y, en los países con LAIM, es improbable que sean profesionales especializados en la salud mental de cualquier clase y a menudo no son médicos. Estos factores han tenido una gran influencia en la conceptuación de las tareas y el flujo de trabajo para la revisión de la ICD-10 y también para la composición de los Grupos de Trabajo para la revisión de la ICD, incluido el encargado de revisar los TDD. El proceso de revisión también es influido por el modelo de contenido recién creado para la ICD-11 global, que determina la estructura y la naturaleza de la información que se proporcionará para cada categoría diagnóstica, integrando la categoría dentro de una infraestructura de información mucho más grande (21). El grupo de trabajo en torno a los TDD utilizó un enfoque cualitativo mixto para combinar la evidencia científica disponible con el conocimiento previo de expertos (22). Este enfoque se aplicó en tres reuniones personales, siete teleconferencias e intercambios electrónicos para generar un consenso sobre las propuestas remitidas al Grupo Internacional de Asesores de la ICD. Este documento se enfoca en las propuestas que acordó el Grupo de Trabajo en relación con la categoría matricial o supraordinal para los TDD, el nombre de la entidad, su definición y sus subtipos.

RESULTADO DE LOS DEBATES DEL GRUPO DE TRABAJO

Ubicación en la clasificación

Se llegó a un consenso en el Grupo de Trabajo con respecto a la necesidad de reubicar los TDD en el agrupamiento más amplio (categoría supraordinal o matricial) de los trastornos del desarrollo neurológico. En la terminología ontológica, las

subcategorías se denominan categorías subalternas y la categoría supraordinal se denomina categoría matricial. Esta posición reconoce que los TDD representan un estado de salud y no únicamente una gama de discapacidades.

Terminología

Se prefirió el término «intelectual» porque en casi todos los países es bien comprendido y ampliamente utilizado y en general es aceptable en el contexto de las aplicaciones clínicas y de normatividad. En paralelo con las definiciones actuales de inteligencia (23), no se refiere a una característica unitaria sino más bien es un término global que comprende funcionamiento cognitivo, conducta adaptativa y aprendizaje que es apropiado para la edad y cumple las normas de las demandas cotidianas apropiadas a la cultura. Aun cuando el término «cognitivo» pueda verse como un término más preciso que refleja de manera más íntima los fenómenos subyacentes de los TDD, también tiene un significado más amplio en psicología. El empleo del término «cognitivo» en conexión con la demencia y la esquizofrenia también puede causar confusión.

Se expresó apoyo general a la adopción del término «del desarrollo», por cuanto se refiere a un periodo durante el cual se está desarrollando el cerebro y sus funciones. El término «del desarrollo» representa un proceso y es una perspectiva del curso de la vida y resalta la naturaleza dinámica de los TDD.

Durante el análisis, surgieron tres palabras que posiblemente describían la entidad en cuestión: «alteración», «dificultades», «trastorno». El término «alteración» se utiliza específicamente en la ICF para aludir a problemas de las funciones y estructuras del cuerpo que puedan relacionarse con una amplia variedad de trastornos de la salud. Se propuso el término «dificultades» para evitar connotaciones médicas y porque es menos probable que sea rechazado por los consumidores, grupos de familia y personal de asistencia a la salud. Puede significar que la persona puede superar sus problemas con cierta ayuda o apoyo, pero también puede confundir pues para muchas personas estas dificultades son crónicas y no se superarán del todo. También se analizó el término «gama», pero se descartó debido a su escasa utilidad taxonómica dentro de una clasificación categórica.

Las Descripciones Clínicas y las Directrices Diagnósticas de la Organización Mundial de la Salud para los Trastornos Mentales y de la Conducta de ICD-10 (24) definen un «trastorno» como «una serie clínicamente reconocible de síntomas o conductas» que se suele asociar a interferencias en las funciones personales o a ansiedad. Se consideró que el término «trastorno» tenía utilidad pues ubica la discapacidad intelectual en el mismo nivel de otros trastornos importantes como la demencia o la esquizofrenia. El término implica que no es sólo una cuestión de inteligencia y encaja con la existencia de múltiples causas y trastornos concomitantes y con la variabilidad de los TDD.

Definición

Se acordó que la definición de los TDD debería incluir términos relacionados con el origen de la alteración cerebral durante el desarrollo, manifestaciones en el funcionamiento cognitivo y deficiencias en la adaptación con etiología, evolución y desenlaces. En la tabla 1 se muestra la definición propuesta por el grupo de trabajo y sus principales descriptores.

Tabla 1. Definiciones y descriptores principales de los trastornos del desarrollo intelectual (TDD) acordados por el Grupo de Trabajo de la ICD

Definición
Un grupo de trastornos del desarrollo que se caracteriza por alteraciones importantes de la función cognitiva, que se asocian a limitaciones del aprendizaje de la conducta de adaptación y las destrezas.
Principales descriptores
• La TDD se caracteriza por una alteración notable de las funciones cognitivas centrales necesarias para el desarrollo de conocimientos, razonamiento y representación simbólica del nivel esperado de los compañeros de la misma edad, cultura y entorno social. No obstante, muy diferentes patrones de alteraciones cognitivas aparecen para estados específicos de los TDD. • En general, las personas con TDD tienen dificultades para la comprensión verbal el razonamiento perceptual, la memoria operativa y la velocidad de procesamiento. • La alteración cognitiva en las personas con TDD conlleva dificultades en diferentes dominios y aprendizaje, incluidos el conocimiento académico y práctico. • Las personas con TDD suelen manifestar dificultades en la conducta de adaptación, es decir, cumplen las exigencias de la vida cotidiana que se esperan para sus compañeros de la misma edad, entorno cultural y social. Estas dificultades comprenden limitaciones en habilidades conceptuales, sociales y prácticas relevantes. • Las personas con TDD a menudo tienen dificultades en el control de su conducta, emociones y relaciones interpersonales y en mantener la motivación en el proceso de aprendizaje. • Los TDD representan un trastorno que afecta todo el curso de la vida y que precisa tomar en cuenta las etapas de desarrollo y las transiciones vitales.

Subcategorías

El Grupo de Trabajo llegó a un consenso para mantener las subcategorías (categorías subalternas) correspondientes a los cuatro grados de gravedad clínica de los TDD leves, moderados, graves y profundos, además de las categorías provisionales de otros TDD y no especificados.

Una serie de organizaciones importantes en el campo han recomendado que se suspendan las categorías subalternas basándose únicamente en el coeficiente intelectual. La AAIDD, por ejemplo, propone un sistema multidimensional para la clasificación y considera que el coeficiente intelectual puede ser insuficiente para constituir el único factor determinante del funcionamiento cognitivo o el grado de gravedad clínica (16). El grupo de trabajo arguyó que la determinación de los grados de gravedad clínica para los TDD se debiera basar en una descripción clínica de las características de cada subcategoría, y el puntaje del coeficiente intelectual se debiera considerar como un descriptor clínico entre otros también considerados importantes para determinar el grado de gravedad.

El Grupo de Trabajo decidió no eliminar los grados de gravedad clínica debido a su actual utilidad diagnóstica y clínica (25). Por ejemplo, se ha demostrado que la gravedad creciente de los TDD se relaciona con grados más bajos de autodeterminación para optar por los arreglos en materia de residir, incluidos dónde y con quién vivir (26). Las personas con TDD profundos tienen muchas más posibilidades de vivir en un centro de atención a largo plazo que las que tienen TDD leve y con menos frecuencia tienen la capacidad para determinar el entorno en que residen. Además, los grados de gravedad ya tienen un amplio uso en muchos sistemas de salud pública, lo

que determina el nivel de los servicios y los beneficios que se proporcionan. Puede ser útil para la comunicación entre profesionales en diferentes disciplinas, familias y usuarios.

La subclasificación según los niveles de gravedad clínica no se contrapone al empleo de otros métodos para la subclasificación, incluidos los enfoques multidimensionales dirigidos a conectar el diagnóstico de los TDD con los apoyos necesarios que comprenden intervención y planificación (23). En el futuro, la subclasificación basada en los grados de gravedad clínica se debiera complementar con la subclasificación basada en las características funcionales y personales o en los apoyos necesarios (ICF). Se han elaborado una serie de herramientas para clasificar las necesidades de apoyo y las características pertinentes de las personas con TDD (27,28), pero este campo todavía se encuentra en pañales y no ha avanzado al grado en que tales medidas estén disponibles para uso en todo el mundo.

Las subcategorías de otros TDD e inespecíficos se mantendrán en la ICD-11, ya que son componentes normales del sistema taxonómico de la ICD-11. Sin embargo, se utilizarán como diagnósticos provisionales para poblaciones definidas por edad específica. En niños menores de cuatro años de edad, hay dificultades bien reconocidas para el diagnóstico de TDD o el grado de gravedad dada la falta de instrumentos para la valoración cognitiva fiable y la inestabilidad temporal de las alteraciones cognitivas medidas (29-31). Por estos motivos, se ha acordado que el diagnóstico provisional de «TDD inespecífico» se utilice para todos los lactantes y niños menores de 4 años de edad, cuando haya datos de alteración cognitiva importante. Aunque un subgrupo de estos niños no evolucionará para cumplir los criterios de los TDD, la capacidad para establecer este diagnóstico de transición permite proporcionar servicios de intervención en una etapa temprana y valoración clínica que son decisivos para mejorar el desenlace del desarrollo.

La subcategoría de «otros TDD» es un diagnóstico provisional que se utiliza cuando se puede diagnosticar TDD, pero en el que no se puede determinar el grado de gravedad clínica debido a barreras en la valoración, tales como las presentadas por determinadas conductas problemáticas, trastornos psiquiátricos, alteraciones sensoriales o físicas. Sin embargo, este diagnóstico provisional se reserva para las personas de más de 4 años de edad de manera que las subcategorías de TDD inespecíficos y otros son mutuamente exclusivas.

Conductas problemáticas

El grupo de trabajo acordó que las conductas problemáticas, aunque son muy pertinentes para el tratamiento del uso de los servicios, no representan un componente central de la estructura lineal de los TDD como en la ICD-10 y por tanto pueden considerarse manifestaciones asociadas más que subcategorías o características específicas del TDD.

DISCUSIÓN

A nuestro entender, esta es la acción internacional más amplia que se ha llevado a cabo hasta el momento para llegar a un consenso en torno al nombre y la definición de los TDD. En ella han participado 30 expertos de 13 países, que representan las diferentes regiones de la OMS y expertos provenientes de países con altos ingresos y también en vías de desarrollo. Este proceso ha ocurrido en el contexto de un debate social y científico intenso con respecto a cómo nombrar y definir apropiadamente los TDD, lo cual puede tener amplias repercusiones en los usuarios y las familias, y para la elegibilidad y la prestación de cuidados en el futuro.

Uno de los principales cambios recomendados por el grupo de trabajo es la integración de los TDD en los trastornos del desarrollo neurológico. En la ICD-9 (32), los TDD se dividieron en un agrupamiento extenso diferente de otros trastornos del desarrollo neurológico, una medida cuyo propósito fue brindar una mayor visibilidad a estos trastornos y subrayar su presentación concomitante frecuente con otros trastornos del desarrollo. Después, el DSM-III de la APA (33), que fue multiaxial, excluyó el RM del Eje I, en tanto que las categorías meta-sindrómicas análogas más características de los adultos (p. ej., demencia) se retuvieron como parte del eje principal de los trastornos mentales. Lamentablemente, la separación de los diagnósticos de TDD de otros trastornos de desarrollo no parece haber fomentado el surgimiento de más servicios específicamente dirigidos en la mayor parte de los países, como puede deducirse del Atlas Mundial sobre las Discapacidades Intelectuales de la OMS (34). La incorporación de los TDD en el extenso agrupamiento de los trastornos del desarrollo neurológico tendrá repercusiones importantes para la categoría supraordinal o primigenia y puede exigir un reanálisis de la jerarquía y el mapa conceptual de los trastornos del desarrollo neurológico para evitar la doble codificación (p. ej., en el caso de los síndromes de Rett y de X frágil).

El nombre recomendado y la definición de TDD claramente los identifica como un estado de salud. Estas recomendaciones son compatibles con el documento de criterio de la Sección sobre Psiquiatría de la Discapacidad Intelectual de la WPA en 2008 (17), que recomienda un enfoque polisémico-polinomial para entidades complejas tales como los TDD, permitiendo el empleo de más de un nombre que permite el uso de más de un nombre y significado para diferentes auditorios y propósitos siempre y cuando se defina de manera no ambigua y formal su relación y similitud semántica (35). Es importante contar con una descripción clara de los diferentes significados de aplicaciones de estos términos en los dominios científico, social y político.

Las discapacidades debieran verse como consecuencias potenciales de los estados de salud de las TDD. Esto es compatible con el enfoque promovido por la Organización Mundial de la Salud en la Familia de Clasificaciones Internacionales, en las cuales entidades patológicas y repercusiones funcionales conceptualmente diferentes, aunque clínicamente superpuestas, son codificadas utilizando la ICD y la ICF. La postura adoptada por el Grupo de Trabajo sobre los TDD representa un ejemplo de cómo formular la jerarquía y la operacionalización de los componentes de la enfermedad y discapacidad en la ICD y la ICF, lo cual también se aplicaría a otros trastornos del desarrollo neurológico (p. ej., autismo, trastornos específicos del desarrollo) y en términos más amplios a otros trastornos mentales (p. ej., demencia y esquizofrenia).

El nombre y la definición de los TDD propuestos por el Grupo de Trabajo no se contraponen al empleo de la terminología del DI, la definición funcional aprobada por la AAIDD o una definición funcional basada en el modelo de ICF. El modelo propuesto conserva la disfunción hecha en la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS y por tanto en la política sanitaria internacional, entre la enfermedad y los trastornos por

un lado y las repercusiones funcionales de los estados de salud (es decir, discapacidad) por el otro (14).

En conclusión, el Grupo de Trabajo conceptuó los TDD como un estado de salud meta-sindrómico, paralelo a otros estados meta-sindrómicos como la demencia, que puede estar relacionada con diversas causas específicas. El Grupo de Trabajo aprueba un enfoque polisémico-polinomial para la clasificación de los TDD. Este enfoque distingue entre los TDD (un metasíndrome clínico) y la DI (la contraparte funcional/de discapacidad), que tienen diferentes aplicaciones científicas, sociales y de normatividad. El Grupo de Trabajo considera que este enfoque respalda mejor la misión de salud pública de la Organización Mundial de la Salud y la prestación de servicios apropiados y de oportunidades para las personas con TDD.

Agradecimientos

Varios autores de este artículo son miembros del Grupo de Trabajo sobre Clasificación de las Discapacidades Intelectuales de la Organización Mundial de la Salud e informan al Grupo Internacional de Asesores de la WHO para la Revisión de los Trastornos Mentales y de la Conducta de la ICD-10. Otros son miembros de un grupo de revisión más amplio que la WHO ha establecido en este campo. Otros miembros del Grupo de Revisión que participó en el proceso de consenso descrito en este documento son M. Bakare, S. Bhaumik, N. Bouras, L. Bulit, S. Buono, J. Burack, J. Hollenweger, R. Jung, E. Lazcano, P.A. Rydelius, L. Wang y G. Weber. J. Harris, enlace con el DSM-5, ha proporcionado comentarios esclarecedores durante todo el proceso de revisión y participó en la reunión del Grupo de Trabajo en diciembre de 2011. A menos que se señale específicamente, las declaraciones en este documento representan los puntos de vista de los autores y no los puntos de vista oficiales o las políticas del Grupo Internacional de Asesores o de la WHO.

La coordinación de las actividades del Grupo de Trabajo ha sido financiada en parte por Fundación Villablanca (Grupo Pere Mata, Reus, España) con especial reconocimiento al presidente J. Garia-Ibañez. La participación de C. Walsh y L. Vaez-Azizi fue financiada por NIMH/NIH R25 MH071286. Una de las reuniones del Grupo de Trabajo fue copatrocinada por Learning Disability Directorate, CNWL NHS Foundation Trust y la División de Neurociencias y Salud Mental. Imperial College London, con el apoyo adicional de la WHO. El grupo agradece a S. Cooray y a P. Tyrer por su organización de esa reunión. La reunión de diciembre de 2010 del Grupo de Trabajo fue organizada, albergada y financiada por la

IRCCS Associazione Oasi Maria SS (Oasi) en Troina, Italia, con el apoyo adicional de la WHO. El grupo agradece F. Buono, M. Ella y S. Di Nuovo por su apoyo y contribuciones importantes y a R. Di Giorgio y E. Di Fatta por su organización de la reunión y al Padre Luigi Ferlauto por su visión y apoyo.

Bibliografía

1. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision. Geneva: World Health Organization, 1992.
2. Berrios GE. The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
3. Durkin M. The epidemiology of developmental disabilities in lowincome countries. Ment Retard Dev Disabil Res Rev 2002;8:206-11.
4. Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD et al. Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. Res Dev Disabil (in press).
5. Cooper SA, Smiley E, Morrison J et al. Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. Br J Psychiatry 2007;190:27-35.
6. Salvador-Carulla L, Saxena S. Intellectual disability: between disability and clinical nosology. Lancet 2009;374:1798-9.
7. 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.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Economic costs associated with mental retardation, cerebral palsy, hearing loss, and vision impairment - United States, 2003. Morb Mortal Wkly Rep 2004;53:57-9.
9. Polder JJ, Meerding WJ, Bonneux L et al. Healthcare costs of intellectual disability in the Netherlands: a cost-of-illness perspective. J Intellect Disabil Res 2002;46:168-78.
10. Strydom A, Romeo R, Perez-Achiaga N et al. Service use and cost of mental disorder in older adults with intellectual disability. Br J Psychiatry 2010;196:133-8.
11. Van Schrojenstein Lantman-de Valk HMJ. Healthy persons with intellectual disabilities in an inclusive society. J Policy Pract Intellect Disabil 2009;6:77-80.
12. Cain N, Davidson P, Dosen A et al. An international perspective of mental health services for people with intellectual disability. In: Bouras N, Holt G (eds). Mental health services for adults with intellectual disability. Strategies and solutions. Hove: Psychology Press; 2010:37-53.
13. Switzky HN, Greenspan S, American Association on Mental Retardation. What is mental retardation?: ideas for an evolving disability in the 21st century. Washington: American Association on Mental Retardation, 2006.
14. World Health Organization. ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization, 2001.
15. American Association on Mental Retardation. Mental retardation: definition, classification, and systems of supports, 10th ed. Washington: American Association on Mental Retardation, 2002.
16. Schalock RL, Borthwick-Duffy SA, Bradley M et al. Intellectual disability: definition, classification, and systems of supports, 11th ed. Washington: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2010.
17. Salvador-Carulla L, Bertelli M. 'Mental retardation' or 'intellectual disability': time for a conceptual change. Psychopathology 2008;41:10-6.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
19. Reed GM. Toward ICD-11: improving the clinical utility of WHO's International Classification of mental disorders. Prof Psychol Res Pract 2010;41:457-64.
20. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. World Psychiatry 2011;10:86-92.

21. Tu SW, Bodenreider OC, Celik C et al. A content model for the ICD-11 revision. bmir.stanford.edu.
22. Gibert K, Garcia-Alonso C, Salvador-Carulla L. Integrating clinicians, knowledge and data: expert-based cooperative analysis in healthcare decision support. Health Res Policy Syst 2010;30;8:28.
23. Salvador-Carulla L, García-Gutiérrez JC. The WHO construct of Health-related Functioning (HrF) and its implications for health policy. BMC Public Health (in press).
24. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
25. Sullivan WF, Heng J, Cameron D et al. Consensus guidelines for primary health care of adults with developmental disabilities. Can Fam Physician 2006;52:1410-8.
26. Stancliffe RJ, Lakin KC, Larson S et al. Choice of living arrangements. J Intellect Disabil Res (in press).
27. Arnold S, Riches VC, Stancliffe RJ. The I-CAN: developing a biopsycho-social understanding of support. J Appl Res Intellect Disabil 2010;23:486.
28. Thompson JR, American Association on Mental Retardation. Supports Intensity Scale: user's manual. Washington: American Association on Mental Retardation, 2004.
29. Shevell M, Ashwal S, Donley D et al. Practice parameter: evaluation of the child with global developmental delay. Neurology 2003;60:367-80.
30. Francouer E, Ghosh S, Reynolds K et al. An international journey in search of diagnostic clarity: early developmental impairment. J Dev Behav Pediatr 2010;31:338-40.
31. Lewis M, Sullivan MW. Infant intelligence and its assessment. In: Wolman BB (ed). Handbook of intelligence: theories, measurements, and applications. New York: Wiley, 1985:505-600.
32. World Health Organization. Manual of the International statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Geneva: World Health Organization, 1977.
33. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.
34. World Health Organization. Atlas: global resources for persons with intellectual disabilities. Geneva: World Health Organization, 2007.
35. Sanchez D, Batet M, Valls A et al. Ontology-driven web-based semantic similarity. J Intell Inform Syst 2010;35:383-413.

Ampliación del diagnóstico de trastorno bipolar: ventajas frente a riesgos

Stephen M. Strakowski[1], David E. Fleck[1], Mario Maj[2]

[1]*Division of Bipolar Disorders Research, Department of Psychiatry, University of Cincinnati College of Medicine, 231 Albert Sabin Way, Cincinnati, OH 45267-0559, USA;* [2]*Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy*

Hay un considerable debate en torno a si el trastorno bipolar y otros relacionados que tienen signos y síntomas en común, pero que en la actualidad se definen como entidades clínicas diferentes en el DSM-IV y la ICD-10, puedan caracterizarse mejor como parte de una «gama bipolar» más ampliamente definida. Teniendo presente una gama, se ha propuesto la posibilidad de ampliar el diagnóstico de trastorno bipolar. En este artículo se analizan algunas de las justificaciones para un esquema diagnóstico expandido desde las perspectivas clínicas y de investigación en vista de las posibles desventajas. El objetivo final de ampliar el diagnóstico de trastorno bipolar es ayudar a identificar una etiopatogenia frecuente de estos trastornos a fin de obtener una mejor guía para el tratamiento. Para tratar de lograr esta meta, los investigadores en el campo del trastorno bipolar han ampliado cada vez más sus poblaciones de pacientes con el propósito de identificar marcadores biológicos o endofenotípicos objetivos que trasciendan la observación fenomenológica. Aunque este enfoque ha producido y posiblemente continuará produciendo resultados útiles, las revisiones próximas del DSM-IV y la ICD-10 analizarán con más detalle los sistemas de clasificación diagnóstica en psiquiatría y harán presión para revalorar nuestros conceptos del trastorno bipolar. Sin embargo, hasta que los hallazgos de la investigación permitan obtener datos congruentes y convergentes con respecto a la validez de un concepto diagnóstico más amplio, la expansión clínica a una gama bipolar dimensional ha de valorarse con cautela.

Palabras clave: Trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, gama bipolar, depresión, diagnóstico, hipomanía, manía.

(World Psychiatry 2011:10:181-186)

El trastorno bipolar es una enfermedad dinámica que se caracteriza por cambios drásticos en el estado de ánimo, la energía, la cognición y el comportamiento que fluctúan en el curso del tiempo. No hay indicadores objetivos para el trastorno bipolar, de manera que su identificación se basa en la valoración clínica de estos síntomas cambiantes con miras a ubicarlos dentro de un marco de referencia diagnóstico (p. ej., DSM-IV o ICD-10) (1). Sin embargo, muchos de los síntomas utilizados para definir el trastorno bipolar se superponen a otros trastornos psiquiátricos. En consecuencia, puede ser difícil identificar los límites del diagnóstico bipolar. Esta dificultad es resaltada por las tasas de prevalencia variables que se observan en estudios epidemiológicos. Por ejemplo, el estudio Área de Captación Epidemiológica notificó tasas de prevalencia a un año de trastorno bipolar I de un 0,9% y de trastorno bipolar II de un 0,4%; sin embargo, cuando se aplicaron criterios de importancia clínica, estas tasas descendieron a 0,5% y 0,2%, respectivamente (2). Así mismo, en este mismo estudio, la tasa de por vida para la manía/hipomanía subumbral superó el 5% (3). Hirschfeld et al (4) comunicaron que la prevalencia del trastorno bipolar I y II combinado en la población supera el 3% cuando se utilizan instrumentos apropiadamente sensibles, pero Zimmerman et al (5) señalaron que tales instrumentos sobrediagnostican el trastorno bipolar al atribuir erróneamente síntomas de otros trastornos.

La variabilidad de las tasas de trastornos bipolares en estos estudios ocurre como parte de la dificultad para distinguir el trastorno bipolar de enfermedades relacionadas. En los límites entre los diagnósticos hay síntomas superpuestos, tales como las diferencias sutiles en sólo uno o dos criterios del DSM-IV o la ICD-10, que determinan si a un paciente se le diagnostica trastorno bipolar o algún problema diferente (p. ej., una depresión unipolar). Según el análisis de Phelps et al (1), no hay «puntos de peculiaridad» evidentes en la gama continua de los síntomas afectivos entre los trastornos bipolar y unipolar o entre individuos sanos con otros diagnósticos. En vista de que las transiciones entre los trastornos diagnósticos son graduales más que bruscas, algunos investigadores recomiendan un enfoque más amplio o de «gama» en el trastorno bipolar (6,7). Este enfoque se aleja en cierto grado de las definiciones categóricas del DSM-IV o la ICD-10 y se centra en la identificación de síntomas individuales que señalan «bipolaridad». Por ejemplo, en el dominio pediátrico, los profesionales clínicos atienden la «bipolaridad» potencial de los síntomas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD), las rabietas y la pérdida grave de la regulación del estado de ánimo (8). En adultos con depresión, Akiskal (7) señaló una amplia gama de signos de bipolaridad, incluida la «ornamentación» con ropas rojas y el logro creativo.

Antes de analizar la posible utilidad de ampliar el diagnóstico de trastorno bipolar, es útil recordar por qué establecemos los diagnósticos. Las personas con trastorno bipolar se identifican en la población general para asignar tratamientos que alivien su padecimiento (es decir, los síntomas), en condiciones ideales a través de directrices de tratamiento basadas en evidencia científica proveniente de estudios previos en personas similares (9,10). Los diagnósticos también permiten identificar casos individuales para poblar los esfuerzos de investigación dirigidos a mejorar nuestros conocimientos del trastorno, en condiciones ideales a fin de identificar una etiopatogenia que dé por resultado mejores tratamientos. Ante la falta de consideraciones de tratamiento e investigación, los debates diagnósticos rápidamente pueden degenerar en una actividad académica circular de escasa utilidad. Teniendo en cuenta estas consideraciones, analizamos los riesgos potenciales y las ventajas inherentes a ampliar el diagnóstico de trastorno bipolar.

RIESGOS Y VENTAJAS: TRATAMIENTO

Un motivo para ampliar el diagnóstico de trastorno bipolar es que en los pa-

cientes que muestran síntomas parecidos a los bipolares, pero que no cumplen los criterios de DSM-IV o la ICD-10 para el trastorno bipolar I o II, podrían ser útiles los enfoques terapéuticos utilizados para tratar el trastorno bipolar. Al ampliar el diagnóstico de trastorno bipolar, aplicar algoritmos de tratamiento bipolar podría mejorar la posibilidad de que estos individuos de la «gama» cuenten con un esquema terapéutico eficaz. El apoyo indirecto a esta noción ha surgido cuando los «estabilizadores afectivos», que se consideran relativamente específicos para el trastorno bipolar, han resultado eficaces para otros trastornos. Por ejemplo, el aumento con litio ha sido eficaz en el trastorno depresivo mayor después de una respuesta antidepresiva parcial (11) y la carbamazepina mejoró los resultados en el trastorno límite de la personalidad (12). Una interpretación de estos tipos de estudios es que la mejora ocurrió por una falta de reconocimiento de la «bipolaridad» subyacente de los pacientes deprimidos o con trastorno límite de la personalidad.

De hecho, un ímpetu importante para la aplicación del diagnóstico bipolar es la investigación reciente que indica que la hipomanía suele pasarse por alto en pacientes deprimidos, lo que lleva a diagnósticos erróneos de trastorno depresivo mayor cuando un trastorno bipolar II sería más apropiado (p. ej., 7). Muchos otros pacientes deprimidos muestran manía subumbral o hipomanía, es decir, síntomas de manía o hipomanía que son demasiado escasos para cumplir con los criterios del DSM-IV o la ICD-10 (1, 3 ,6 ,7, 13-19). Estas observaciones señalan que puede haber un subgrupo de personas con trastorno depresivo mayor que muestran «bipolaridad», por ejemplo, síntomas y signos de manía, múltiples episodios afectivos recidivantes o un antecedente familiar de trastorno bipolar, que indica que en los pacientes sería mejor considerar una «gama bipolar». Estos subgrupos de pacientes con «depresión mayor» pueden tener una representación excesiva en las muestras que no responden a tratamiento (20-22), de manera que un marco de referencia bipolar más amplio podría llevar a una mejor respuesta al tratamiento.

En concreto, una inquietud relacionada con la «bipolaridad» faltante en un individuo deprimido es el riesgo putativo de que los antidepresivos agraven la evolución de la enfermedad al incrementar los ciclos afectivos o desencadenar manía (3). Sin embargo, existe considerable controversia en torno al grado de este riesgo y los datos recientes del estudio a gran escala STEP-BD indican que los antidepresivos más nuevos no tienen una repercusión en estos riesgos en la depresión bipolar I o II (24). No obstante, en el estudio STEP-BD, los antidepresivos al parecer en gran parte fueron ineficaces, respaldando la noción de que la «bipolaridad» en un individuo deprimido puede disminuir la posibilidad de una respuesta al tratamiento antidepresivo normal.

Para determinar directamente si la «bipolaridad» se relacionó con la resistencia al tratamiento, Perlis et al (25) identificaron una gama bipolar (excluyendo el trastorno bipolar I y II) en 4041 pacientes con depresión mayor que fueron parte del estudio sobre la depresión a gran escala STAR*D. En el estudio STAR*D todos los individuos recibieron el mismo algoritmo de tratamiento concebido para la depresión unipolar y los pacientes con la gama bipolar comprendieron 28% de la muestra. Sin embargo, la presentación de una gama bipolar no se relacionó con ninguna diferencia en el desenlace o en la respuesta al tratamiento en estos individuos deprimidos, lo que indica que la «bipolaridad» en estas personas deprimidas no tuvo ninguna repercusión en la respuesta al tratamiento. Este análisis se complica más pues estudios recientes indican que los pacientes con trastorno bipolar II responden bien a la monoterapia antidepresiva (26-28). A nuestro entender, no se dispone de estudios que demuestren que los pacientes de la gama bipolar deprimida muestren una mejor evolución y pronóstico cuando se siguen las directrices del tratamiento de la depresión bipolar más que unipolar.

Consideraciones similares surgen en los límites del trastorno bipolar con otros trastornos. Por ejemplo, la manía psicótica y una exacerbación aguda de la esquizofrenia pueden ser difíciles de distinguir (29). La frontera con la esquizofrenia se complica más por la presentación del trastorno esquizoafectivo, que en sí se subclasifica en tipos «depresivo» y «bipolar». El trastorno esquizoafectivo es una clasificación debatida que se ha criticado como una «papelera» para los pacientes con trastornos afectivos esquizofrénicos y psicóticos que no encajan muy bien en ninguna de las categorías importantes (30). Como alternativa, otros investigadores señalan que los pacientes esquizoafectivos tienen características singulares que los distinguen de los otros grupos de pacientes (30). Aparte de otros estudios recientes con paliperidona (31) ha habido escasos estudios controlados específicos sobre el tratamiento del trastorno esquizoafectivo. Las directrices del tratamiento tienden a combinar las intervenciones para los trastornos afectivos y esquizofrénicos (30,32), en vez de establecer métodos específicos para el trastorno esquizoafectivo en sí. Algunos estudios han señalado que los antipsicóticos más nuevos, denominados atípicos, pueden ser más eficaces que los antipsicóticos habituales en el trastorno esquizoafectivo, lo cual es compatible con la «bipolaridad» en ese grupo (33,34). Sin embargo, los antipsicóticos atípicos en general parecen tener una eficacia similar tanto en los trastornos bipolares como en los esquizofrénicos (p. ej., 35). Se ha señalado otra serie de diagnósticos para incluir potencialmente a los pacientes de la gama bipolar, entre ellos, trastorno límite de la personalidad (36,37), trastornos de la conducta alimentaria (38,39) y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (40). En estos trastornos, pueden ocurrir síntomas bipolares, pero no se sabe si estas personas con trastorno bipolar subumbral responderán de manera más eficaz a un algoritmo de tratamiento bipolar que al algoritmo para su diagnóstico «primario». En todos estos casos, algunos aspectos que complican la situación son que los efectos de los psicofármacos en general son moderados y muchas de nuestras intervenciones al parecer son relativamente inespecíficas. Por ejemplo, en el tratamiento de grandes grupos de personas con manía por trastorno bipolar I bien definido, sólo alrededor de 50% responden a un determinado medicamento (41). Ensayo y error, a veces por muchos años, suelen ser necesarios para encontrar una intervención eficaz (41). No obstante, en un estudio a pequeña escala de jóvenes con la «gama bipolar» que tenían progenitores bipolares, Duffy et al (42) observaron que se pronosticaba la respuesta al litio por un antecedente de reactividad al litio en la familia, lo que indica que, aun con las limitaciones de nuestros tratamientos actuales, la respuesta al tratamiento constituye una métrica útil que proporciona información para los análisis diagnósticos. Sin embargo, el litio es infrecuente entre los psicofármacos por su relativa especificidad en el tratamiento del trastorno

bipolar I característico. La mayor parte de los demás fármacos psicoactivos son moderada pero ampliamente eficaces en muy diversos trastornos.

De hecho, el advenimiento del litio modificó bastante el panorama psiquiátrico. El litio fue específicamente útil en pacientes con una evolución habitual del trastorno bipolar 1 (es decir, manía alternante con depresión) y a la vez tuvo escasa utilidad en la esquizofrenia y la depresión unipolar (por lo menos como monoterapia). La aprobación final del litio en Estados Unidos en 1970 dio lugar a que la psiquiatría valorase de manera crítica la manera en que se distinguía el trastorno bipolar de la esquizofrenia, lo cual condujo a estudios representativos en Estados Unidos y en el Reino Unido y al reconocimiento de que la esquizofrenia era objeto de diagnóstico en Estados Unidos a expensas del trastorno bipolar (43). La disponibilidad de tratamientos no específicos puede contribuir a una imprecisión diagnóstica, como fue el caso de la esquizofrenia en Estados Unidos antes de 1970. Ante la disponibilidad de una serie de nuevos fármacos (p. ej., antipsicóticos atípicos) que parecen ser relativamente inespecíficos en una amplia gama de trastornos psiquiátricos, es necesario tener cuidado en que la inespecificidad del tratamiento no esté impulsando nuestras categorías diagnósticas, pues esto limitaría nuestra capacidad para identificar a los pacientes en quienes se dispondría de tratamientos más eficaces y específicos en el futuro (1,44). Así, pues, un riesgo importante de ampliar el diagnóstico de trastorno bipolar es que se sobreutilice la designación, clasificando erróneamente a pacientes en quienes podrían ser útiles métodos de tratamiento alternativo. Por ejemplo, en una serie de estudios, Zimmerman et al (45-47) demostraron que a los pacientes con personalidad limite a menudo se les diagnostica erróneamente trastorno bipolar, lo cual puede llevar a pruebas de medicación excesiva cuando serían más eficaces tratamientos específicos, por ejemplo, la psicoterapia conductual dialéctica (48). Las ventajas potenciales de un algoritmo de tratamiento más amplio aplicado a los pacientes de la «gama bipolar» se debe sopesar tomando en cuenta los riesgos de exponer a las personas a los efectos adversos de los fármacos utilizados en pruebas de tratamiento farmacológico innecesarias. Ninguno de los compuestos que se suelen emplear para tratar la enfermedad mental mayor está exento de riesgos de efectos adversos (41). Desde una perspectiva del tratamiento, entonces, las ventajas de ampliar el diagnóstico de trastorno bipolar debieran avanzar en forma significativa de qué manera los individuos se controlan terapéuticamente. Se necesitan más estudios como el de Perlis et al (25) para valorar específicamente las ventajas del tratamiento de grupos con diagnóstico ampliado.

RIESGOS Y VENTAJAS: INVESTIGACIÓN

Además de servir de guía para las decisiones terapéuticas, las consideraciones diagnósticas tienen importancia decisiva para definir subgrupos de pacientes en la investigación científica de la etiopatogenia del trastorno bipolar. La ventaja principal de ampliar el diagnóstico para la investigación sería mejorar nuestra capacidad de identificar indicadores objetivos que trasciendan la observación fenomenológica (49). Tales indicadores serían específicos del diagnóstico bipolar ampliamente definido, pero independiente de los síntomas afectivos y de los episodios afectivos, de manera que pudieran servir de dianas terapéuticas y ayudar a pronosticar los resultados clínicos. Sin embargo, antes de poder cumplir estas expectativas, todavía hay aspectos importantes que complican las indagaciones sobre la patogenia del trastorno bipolar al nivel de las ciencias básicas. Por ejemplo, se dispone de algunos modelos animales de manía, el estado afectivo que define al trastorno bipolar. Es difícil producir síntomas similares a los maniacos en roedores, de manera que sólo se pueden analizar comportamientos sustitutivos (p. ej., comportamiento social, motivación y determinadas habilidades cognitivas). Así mismo, no se cuenta con ningún modelo de alternancia espontánea de conductas maniacas y depresivas hasta el momento (50). Tomando en cuenta estas lagunas de conocimiento, persiste la interrogante: «¿Ayuda la ampliación del diagnóstico de trastorno bipolar a las acciones de investigación para esclarecer su etiopatogenia a fin de mejorar la asignación de tratamientos en el futuro?»

Los estudios genéticos proporcionan un fundamento para abordar esta cuestión. Hay pruebas convincentes de que el trastorno bipolar es hereditario en alto grado. Se estima que las tasas de concordancia son de un mínimo de 67% en gemelos monocigóticos (51) y los estudios de familias demuestran un riesgo relativo que es ocho a 10 veces más alto en familiares de primer grado que en la población general (52). Sin embargo, hasta el momento los estudios realizados en gemelos y familias no han logrado identificar apuntalamientos genéticos invariables que sean específicos de enfermedades para el trastorno bipolar y, en cambio, demuestra una imbricación genética considerable con trastornos afines. Por ejemplo, según lo analizaron Barnett y Smoller (53), las personas con riesgo de trastorno bipolar también tienen más riesgo de depresión unipolar, esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo. Aun en el contexto de un riesgo relativamente mayor de presentar trastorno bipolar que estos otros trastornos, gran parte del riesgo genético del trastorno bipolar es compartido con trastornos de la gama, lo cual se puede interpretar como evidencia de investigación para la ampliación del diagnóstico bipolar.

Si bien la investigación genética en gran parte parece respaldar un punto de vista de la gama bipolar, debido a la inespecificidad de los hallazgos disponibles hasta el momento para las clasificaciones del DSM-IV o la ICD-10, es posible que esto se deba a desigualdades metodológicas y a una «baja señal» con respecto a la verdadera carencia de hallazgos específicos de la enfermedad. Al comparar el trastorno bipolar y la esquizofrenia específicamente, las regiones de enlace común y los genes putativos al parecer respaldan el punto de vista de una gama (54) pero, hasta ahora los resultados todavía no son del todo reproducibles y la constitución de la gama misma no se ha establecido. Aunque cabría esperar que la gama bipolar incluyese la pérdida de la regulación afectiva como su aspecto central, los hallazgos genéticos comunes en el trastorno bipolar y la esquizofrenia pueden ser el resultado en parte de aspectos comunes de los síntomas psicóticos. Se ha propuesto, basándose en consideraciones relativas a factores de riesgo y antecedentes clínicos, que el trastorno bipolar puede clasificarse mejor con la esquizofrenia en un agrupamiento psicótico que con la depresión unipolar en un agrupamiento emocional (55). Puesto que la presentación de la manía se acompaña de síntomas predominantemente psicóticos (56) y en vista de los señala-

mientos de que la psicosis proporciona un fenotipo fiable para la investigación de la genética (57), los síntomas psicóticos podrían entonces proporcionar una base para definir la gama bipolar tan aceptable como la pérdida de la regulación afectiva. No obstante, mientras la caracterización de la gama bipolar no reciba el apoyo de líneas de investigación convergente, se corre el riesgo de una ampliación prematura del diagnóstico. Así mismo, puede haber un círculo vicioso en el cual la falta de aislamiento de subgrupos homogéneos del trastorno bipolar conduzca a un hallazgo genético «ruidoso» e inespecífico; la ampliación adicional del diagnóstico podría empeorar esta situación.

Otro motivo para tener precaución al ampliar el diagnóstico bipolar es que los desenlaces clínicos son difíciles de prever, debido a la interacción de diversos factores genéticos y ambientales. Aunque en un modelo recientemente se estimó que 22% del riesgo genético en el trastorno bipolar es explicable por seis variantes génicas frecuentes (58), es difícil ratificar la especificidad de tales hallazgos para la enfermedad y no es fácil estimar la importancia relativa de diversos genes. Las diferentes combinaciones de genes e interacciones pueden tener un efecto aditivo sobre la conducta y dar por resultado una expresión fenotípica variable que es acentuada sobre todo en los trastornos conductuales complejos como el trastorno bipolar. Sigue siendo un aspecto complicado y conjeturable, el mecanismo exacto por el cual genes, experiencia y su interacción influyen en la etiopatogenia, la psicopatología y el pronóstico en el trastorno bipolar. Otros aspectos generales, como el por qué determinados individuos son más o menos «resistentes» a los factores genéticos y psicosociales estresantes que producen y propagan la psicopatología representan retos adicionales para los investigadores (59).

Pese a estas dificultades, la identificación de los marcadores cognitivos ya ha comenzado a abordar la cuestión de si es conveniente ampliar el diagnóstico bipolar. Algunos investigadores en fecha reciente compararon, o analizaron, el desempeño neurocognitivo entre los trastornos bipolar unos y otros relacionados (60-62). Estos estudios proporcionan pruebas directas de la hipótesis de la gama bipolar. Las investigaciones hasta el momento han identificado con relativa invariabilidad diferencias en las características neurocognitivas de los individuos con trastorno bipolar I y II (61). Los grupos de pacientes con trastorno bipolar I al parecer tienen una disfunción difusa del aprendizaje verbal y la memoria, la atención y la función ejecutiva y más posibilidades de alteraciones clínicamente importantes que los grupos con trastorno bipolar II, quienes presentan menos alteraciones funcionales, principalmente restringidas a la memoria de trabajo y la función ejecutiva (60). Un estudio similar, que esta vez compara a los pacientes con trastorno bipolar II deprimidos o con depresión unipolar, con una gravedad de la depresión equivalente, también demostró características cognitivas distintivas, en las que los grupos bipolar y unipolar mostraban una cognición relativamente intacta y alteraciones de la función ejecutiva, respectivamente (62). Cada uno de estos estudios, entonces, respalda el punto de vista de que puede haber diferencias cognitivas de base biológica entre los trastornos bipolar II y los trastornos afectivos afines, no compatibles con una hipótesis de la gama bipolar.

De un modo similar a la investigación cognitiva, gran parte de las investigaciones de estudios por neuroimágenes también brindan escaso apoyo a la hipótesis de la gama. Por ejemplo, en un estudio sobre la tomografía por emisión de positrones, se demostró que la fijación de transportador de serotonina en el mesencéfalo era menor en los participantes con trastorno bipolar I que recibían tratamiento farmacológico en comparación con los que tenían trastorno bipolar II, lo que respalda la dicotomía actual del DSM-IV (63). En un estudio de morfometría basado en vóxel, Ha et al (64) demostraron que los participantes con trastorno bipolar I y II mostraban deficiencias de la sustancia gris en la intersección de los circuitos prefrontal ventral y límbico anterior en relación con los participantes sanos que se utilizaron como comparación. Sin embargo, el grupo con trastorno bipolar I tuvo más déficit de la sustancia gris que el grupo con trastorno bipolar II en otras cuatro regiones cerebrales ampliamente distribuidas, lo que indica también cierto grado de distinción neuroestructural entre estos dos grupos.

Tomadas en conjunto, entonces, las investigaciones genéticas, cognitivas y de estudios por la imagen hasta el momento no proporcionan ningún consenso verdadero en torno a lo apropiado de ampliar el diagnóstico bipolar. Aunque los hallazgos de la investigación desde una determinada perspectiva pueden acercarse o alejarse de la perspectiva de la gama en general, hay casos que apoyan el punto de vista contrario, y el estado actual de los conocimientos en la instrumentación y la metodología puede modificar considerablemente el equilibrio. Desde luego, si los efectos nulos entre los trastornos de la gama no se notifican ampliamente en la bibliografía derivada de la investigación, como suele ser el caso, podría subestimarse el intervalo y la validez de la gama bipolar. Esto posiblemente resalte más la necesidad de estudios bien diseñados que valoren las premisas de la propia gama, en vez de estudios simples de comparación específica de trastornos.

CONCLUSIONES

La ampliación del diagnóstico del trastorno bipolar ofrece la posibilidad de identificar a los pacientes que podrían responder a los algoritmos de tratamiento bipolar, y que por lo demás podrían no tratarse satisfactoriamente. Así mismo, conceptuaciones menos categóricas y más dimensionales de la enfermedad bipolar podrían ayudar a identificar riesgos genéticos o nuevos endofenotipos. Sin embargo, con los cambios diagnósticos frecuentes, resulta difícil llevar a cabo estudios que validen los nuevos sistemas diagnósticos. El ampliar el diagnóstico bipolar conlleva los riesgos de diluir las muestras a tal grado de heterogeneidad que no pueda progresar la investigación básica ni clínica, limitando el descubrimiento y la exposición potencial de pacientes a los efectos adversos innecesarios de los fármacos. De hecho, el trastorno bipolar según se define en el DSM-IV y la ICD-10 posiblemente esté comprometido por un grupo heterogéneo de causas subyacentes que son demasiado complejas para distinguirse sólo por el cuadro clínico. Sin embargo, hasta el momento la evidencia científica empírica es demasiado escasa para afirmar con convicción si la ampliación del diagnóstico de trastorno bipolar ayudará o no ayudará al descubrimiento etiológico o a las mejoras en el desarrollo del tratamiento.

Hasta que los hallazgos de las investigaciones esclarezcan mejor la validez de una conceptuación diagnóstica más amplia del trastorno bipolar, se ha de considerar con precaución la expan-

sión clínica a un concepto «de gama» (49,73). La ampliación prematura de una categoría diagnóstica antes que datos considerables indiquen que el hacerlo mejora el desarrollo del tratamiento o la investigación etiológica, corre el riesgo de eliminar cualquier utilidad del diagnóstico (44). Antes de plantear un nuevo esquema diagnóstico bipolar, sería prudente primero establecer un enfoque operacional acordado (1) y luego llevar a cabo estudios específicos para comparar las ventajas del nuevo enfoque en el tratamiento y el descubrimiento. La modificación de los diagnósticos simplemente para satisfacer nuevos conceptos teóricos impide las pruebas sistemáticas adecuadas del nuevo enfoque y conlleva el riesgo de perder muchos de los avances basados en evidencia científica que hemos observado en la psiquiatría en los últimos 50 años.

Agradecimiento

Los Dres. Strakowski y Fleck contribuyeron en proporción igual a este manuscrito.

Bibliografía

1. Phelps J, Angst J, Katzow J et al. Validity and utility of bipolar spectrum models. Bipolar Disord 2008;10:179-93.
2. Narrow WE, Rae DS, Robins LN et al. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. Arch Gen Psychiatry 2002;59:115-23.
3. Judd LL, Akiskal HS. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. J Affect Disord 2003;73:123-31.
4. Hirschfeld RM, Holzer C, Calabrese JR et al. Validity of the Mood Disorder Questionnaire: a general population study. Am J Psychiatry 2003;160:178-80.
5. Zimmerman M, Galione JN, Chelminski I et al. Psychiatric diagnoses in patients who screen positive on the Mood Disorder Questionnaire: implications for using the scale as a case-finding instrument for bipolar disorder. Psychiatry Res (in press).
6. Angst J, Cui L, Swendsen J et al. Major depressive disorder with subthreshold bipolarity in the National Comorbidity Survey replication. Am J Psychiatry 2010;167:1194-201.
7. Akiskal HS. Searching for behavioral indicators of bipolar II in patients with major depressive episodes: the "red sign", the "rule of three" and other biographic signs of temperamental extravagance, activation and hypomania. J Affect Disord 2005;84:279-90.
8. Parens E, Johnston J. Controversies concerning the diagnosis and treatment of bipolar disorder in children. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 2010;4:9.
9. Grunze H, Vieta E, Goodwin GM et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2009 on the treatment of acute mania. World J Biol Psychiatry 2009;10:85-116.
10. Grunze H, Vieta E, Goodwin GM et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: update 2010 on the treatment of acute bipolar depression. World J Biol Psychiatry 2010;11:81-109.
11. Bauer M, Adli M, Bschor T et al. Lithium's emerging role in the treatment of refractory major depressive episodes: augmentation of antidepressants. Neuropsychobiology 2010;62:36-42.
12. Mercer D, Douglass AB, Links PS. Metaanalyses of mood stabilizers, antidepressants and antipsychotics in the treatment of borderline personality disorder: effectiveness for depression and anger symptoms. J Pers Disord 2009;23:156-74.
13. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. Arch Gen Psychiatry 2007;64:543-52.
14. Cassano GB, Rucci P, Frank E et al. The mood spectrum in unipolar and bipolar disorder: arguments for a unitary approach. Am J Psychiatry 2004;161:1264-9.
15. Akiskal HS. The emergence of the bipolar spectrum: validation along clinical-epidemiologic and familial-genetic lines. Psychopharmacol Bull 2007;40:99-115.
16. Maj M, Pirozzi R, Magliano L et al. Agitated "unipolar" major depression: prevalence, phenomenology, and outcome. J Clin Psychiatry 2006; 67:712-9.
17. Sato T, Bottlender R, Schröter A et al. Frequency of manic symptoms during a depressive episode and unipolar 'depressive mixed state' as bipolar spectrum. Acta Psychiatr Scand 2003;107:268-74.
18. Benazzi F, Koukopoulos A, Akiskal HS. Toward a validation of a new definition of agitated depression as a bipolar mixed state (mixed depression). Eur Psychiatry 2004;19:85-90.
19. Zimmermann P, Brückl T, Nocon A et al. Heterogeneity of DSM-IV major depressive disorder as a consequence of subthreshold bipolarity. Arch Gen Psychiatry 2009;66:1341-52.
20. Manning JS, Haykal RF, Akiskal HS. The role of bipolarity in depression in the family practice setting. Psychiatr Clin North Am 1999;22:689-703.
21. Manning JS. Difficult-to-treat depressions: a primary care perspective. J Clin Psychiatry 2003;64:24-31.
22. Parker GB, Malhi GS, Crawford JG et al. Identifying "paradigm failures" contributing to treatment-resistant depression. J Affect Disord 2005;87:185-91.
23. Altshuler LL, Suppes T, Black DO et al. Lower switch rate in depressed patients with bipolar II than bipolar I disorder treated adjunctively with second-generation antidepressants. Am J Psychiatry 2006;163:313-5.
24. Sachs GS, Nierenberg AA, Calabrese JR et al. Effectiveness of adjunctive antidepressant treatment for bipolar depression. N Engl J Med 2007;356:1711-22.
25. Perlis RH, Uher R, Ostacher M et al. Association between bipolar spectrum features and treatment outcomes in outpatients with major depressive disorder. Arch Gen Psychiatry (in press).
26. Amsterdam JD, Shults J. Efficacy and mood conversion rate of short-term fluoxetine monotherapy of bipolar II major depressive episode. J Clin Psychopharmacol 2010;30:306-11.
27. Amsterdam JD, Shults J. Efficacy and safety of long-term fluoxetine versus lithium monotherapy of bipolar II disorder: a randomized, double-blind, placebo-substitution study. Am J Psychiatry 2010;167:792-800.
28. Amsterdam JD, Wang G, Shults J. Venlafaxine monotherapy in bipolar type II depressed patients unresponsive to prior lithium monotherapy. Acta Psychiatr Scand 2010;121:201-8.
29. Adler CM, Strakowski SM. The boundaries of schizophrenia. Psychiatric Clin North Am 2003;26:1-23.
30. Correll CU. Understanding schizoaffective disorder: from psychobiology to psychosocial functioning. J Clin Psychiatry 2010;71:8-13.
31. Canuso CM, Turkoz I, Fu DJ et al. Role of paliperidone extended-release in treatment of schizoaffective disorder. Neuropsychiatr Dis Treat 2010;6:667-79.
32. McElroy SL, Keck PE Jr, Strakowski SM. An overview of the treatment of schizoaffective disorder. J Clin Psychiatry 1999;5:16-21.
33. Tohen M, Zhang F, Keck PE et al. Olanzapine versus haloperidol in schizoaffective disorder, bipolar type. J Affect Disord 2001;67:133-40.
34. Janicak PG, Keck PE Jr, Davis JM et al. A double-blind, randomized, prospective evaluation of the efficacy and safety of risperidone versus haloperidol in the treatment of schizoaffective disorder. J Clin Psychopharmacol 2001;21:360-8.

35. Cruz N, Sanchez-Moreno J, Torres F et al. Efficacy of modern antipsychotics in placebo-controlled trials in bipolar depression: a meta-analysis. Int J Neuropsychopharmacol 2010;13:5-14.
36. Smith DJ, Muir WJ, Blackwood DH. Is borderline personality disorder part of the bipolar spectrum? Harv Rev Psychiatry 2004;12:133-9.
37. Perugi G, Toni C, Travierso MC et al. The role of cyclothymia in atypical depression: toward a data-based reconceptualization of the borderline-bipolar II connection. J Affect Disord 2003;73: 87-98.
38. Perugi G, Akiskal HS. The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. Psychiatr Clin North Am 2002;25:713-37.
39. McElroy SL, Frye MA, Hellemann G et al. Prevalence and correlates of eating disorders in 875 patients with bipolar disorder. J Affect Disord 2011;128:191-8.
40. Birmaher B, Axelson D, Strober M et al. Comparison of manic and depressive symptoms between children and adolescents with bipolar spectrum disorders. Bipolar Disord 2009;11:52-62.
41. Strakowski SM, DelBello MP, Adler CM. Comparative efficacy and tolerability of drug treatments for bipolar disorder. CNS Drugs 2001;15:701-18.
42. Duffy A, Alda M, Milin R et al. A consecutive series of treated affected offspring of parents with bipolar disorder: is response associated with the clinical profile? Can J Psychiatry 2007;52:369-76.
43. Pope HG, Lipinski JF, Jr. Diagnosis in schizophrenia and manic-depressive illness: a reassessment of the specificity of 'schizophrenic' symptoms in the light of current research. Arch Gen Psychiatry 1978;35:811-28.
44. Baldessarini RJ. A plea for integrity of the bipolar disorder concept. Bipolar Disord 2000;2:3-7.
45. Zimmerman M, Ruggero CJ, Chelminski I et al. Clinical characteristics of depressed outpatients previously overdiagnosed with bipolar disorder. Compr Psychiatry 2010;51:99-105.
46. Ruggero CJ, Zimmerman M, Chelminski I et al. Borderline personality disorder and the misdiagnosis of bipolar disorder. J Psychiatr Res 2010;44:405-8.
47. Zimmerman M, Ruggero CJ, Chelminski I et al. Psychiatric diagnoses in patients previously overdiagnosed with bipolar disorder. J Clin Psychiatry 2010;71:26-31.
48. Lynch TR, Trost WT, Salsman N et al. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Annu Rev Clin Psychol 2007;3:181-205.
49. Paris J. The bipolar spectrum: a critical perspective. Harv Rev Psychiatry 2009;17:206-13.
50. Nestler EJ, Hyman SE. Animal models of neuropsychiatric disorders. Nature Neurosci 2010;13:1161-9.
51. McGuffin P, Rijsdijk F, Andrew M et al. The heritability of bipolar affective disorder and genetic relationship to unipolar depression. Arch Gen Psychiatry 2003;60:497-502.
52. Nurnberger JI Jr, Berrettini W. Psychiatric genetics. In: Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B et al (eds). Current diagnosis and treatment: Psychiatry, 2nd ed. New York: McGraw Hill, 2008:15-34.
53. Barnett JH, Smoller JW. The genetics of bipolar disorder. Neuroscience 2009;164:331-43.
54. Alaerts M, Del-Favero J. Searching genetic risk factors for schizophrenia and bipolar disorder: learn from the past and back to the future. Hum Mutat 2009;30:1139-52.
55. Goldberg DP, Andrews G, Hobbs MJ. Where should bipolar disorder appear in the meta-structure? Psychol Med 2009;39:2071-81.
56. Prakash O, Kumar CN, Shivakumar PT et al. Clinical presentation of mania compared with depression: data from a geriatric clinic in India. Int Psychogeriatr 2009;21:764-7.
57. Owen MJ, Craddock N, Jablensky A. The genetic deconstruction of psychosis. Schizophr Bull 2007;33:905-11.
58. Nurnberger JI, Jr. A simulated genetic structure for bipolar illness. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet 2008;147B:952-6.
59. Cicchetti D. Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. World Psychiatry 2010;9:145-54.
60. Simonsen C, Sundet K, Vaskinn A et al. Neurocognitive profiles in bipolar I and bipolar II disorder: differences in pattern and magnitude of dysfunction. Bipolar Disord 2008;10:245-55.
61. Sole B, Martinez-Aran A, Torrent C et al. Are bipolar II patients cognitively impaired: a systematic review. Psychol Med (in press).
62. Taylor Tavares JV, Clark L, Cannon DM et al. Distinct profiles of neurocognitive function in unmedicated unipolar depression and bipolar II disorder. Biol Psychiatry 2007;62:917-24.
63. Chou Y-H, Wang S-J, Lin C-L et al. Decreased brain serotonin transporter binding in the euthymic state of bipolar I but not bipolar II disorder: a SPECT study. Bipolar Disord 2010;12:312-8.
64. Ha TH, Ha K, Kim JH et al. Regional brain gray matter abnormalities in patients with bipolar II disorder: a comparison study with bipolar I patients and healthy controls. Neurosci Lett 2009;456:4-48.
65. Glahn DC, Bearden CE, Niendam TA et al. The feasibility of neuropsychological endophenotypes in the search for genes associated with bipolar affective disorder. Bipolar Disord 2004;6:171-82.
66. Pan L, Keener MT, Hassel S et al. Functional neuroimaging studies of bipolar disorder: examining the wide clinical spectrum in the search for disease endophenotypes. Int Rev Psychiatry 2009;21:368-79.
67. Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ et al. Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. Am J Psychiatry 2005;162:1680-7.
68. Swann AC, Pazzaglia P, Nicholls A et al. Impulsivity and phase of illness in bipolar disorder. J Affect Disord 2003;73:105-11.
69. Fleck DE, Shear PK, Strakowski SM. Manic distractibility and processing efficiency in bipolar disorder. In: Wood S, Allen N, Pantelis C (eds). Handbook of neuropsychology and mental illness. Cambridge: Cambridge University Press, 2009:365-77.
70. Adler CM, DelBello MP, Strakowski SM. Brain network dysfunction in bipolar disorder. CNS Spect 2006;11:312-20.
71. Strakowski SM, Delbello MP, Adler CM. The functional neuroanatomy of bipolar disorder: a review of neuroimaging findings. Mol Psychiatry 2005;10:105-16.
72. Harvey PD. The latest developments in the MATRICS initiative. Psychiatry 2007;4:29-31.
73. Patten SB, Paris J. The bipolar spectrum – A bridge too far? Can J Psychiatry 2008;53:762-8.

Expansión del concepto bipolar y conservación de su integridad diagnóstica: ¿Estamos conservando el bebé o el agua de la bañera?

JOSEPH F. GOLDBERG

Department of Psychiatry, Mount Sinai School of Medicine, New York, NY; Affective Disorders Research Program, Silver Hill Hospital, New Canaan, CT, USA

Strakowski et al proporcionan un análisis muy interesante de los méritos clínicos y científicos, así como de las desventajas, de adoptar un concepto nosológico ampliado del trastorno bipolar que vaya más allá de los límites categóricos del trastorno bipolar de tipo I y de tipo II. Tal vez el razonamiento más científicamente convincente de tal conceptuación conlleve el percatarse de que el trastorno bipolar comprende diversas dimensiones de la psicopatología que entrañan más que los trastornos afectivos, tales como disfunción cognitiva, alteraciones cronobiológicas, psicosis, conflicto interpersonal y activación de la conducta. A diferencia de las enfermedades mendelianas, se considera que rasgos complejos como el trastorno bipolar —aunque sólidamente hereditarios— están determinados por múltiples genes que de manera conjunta ejercen pequeños efectos. En este sentido, el proyectar una «red» fenotípica más amplia podría intensificar los resultados para detectar señales que sean verdaderos fenotipos, o más probablemente endofenotipos no evidentes. Así mismo, la expresividad variable de los alelos de riesgo putativos permite explicar con facilidad los cuadros clínicos *autolimitados* de la enfermedad afectiva que dificultan la diferenciación categórica. Por otra parte, las acciones para distinguir vínculos entre genotipos sospechados y entidades patológicas presuntivas se ven mermadas cuando los fenotipos no están bien definidos o no están refinados.

El dilema inmediato fundamentalmente implica los límites en que cabe esperar que la psicopatología descriptiva esclarezca estados patobiológicos. Strakowski et al señalan la índole arbitraria e incompleta de los descriptores diagnósticos actuales, pero se debe uno al plantear si descriptores fenomenológicos adicionales serían algo menos arbitrarios. Claramente las características que ahora definen al trastorno bipolar I o II no logran captar muchas variaciones del trastorno afectivo complejo; y del mismo modo, la designación de la depresión unipolar por sí sola a menudo describe inadecuadamente casos con respuestas deficientes al tratamiento o grados de alteración funcional que no son proporcionales al pronóstico de la depresión mayor no complicada. La polaridad es una de las múltiples dimensiones de la complejidad del trastorno afectivo, junto con factores como psicosis, agitación, ansiedad, agudeza, cronicidad, comorbilidad y melancolía. Uno se pregunta de qué manera el ampliar la fenomenología esclarecería la *polaridad* como un principio organizativo central para la nosología del trastorno afectivo.

Así mismo, es preciso valorar también los riesgos de extraer los síntomas de otros trastornos conocidos y readaptarlos como equivalentes bipolares —p. ej., la impulsividad o la inestabilidad afectiva del trastorno límite de la personalidad, la tendencia a la distracción y la hiperactividad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad o la hiperexcitación neurovegetativa y la aceleración psicomotriz de los trastornos por ansiedad graves —cuando el hacerlo afecta a la integridad diagnóstica de otros trastornos—. Sin el conocimiento previo en torno a las causas de la enfermedad, la expansión fenomenológica puede llevar a los investigadores y a los profesionales clínicos hacia marcos de referencia conceptuales completamente erróneos. Imaginemos reformular los émbolos pulmonares, la costocondritis y la úlcera péptica bajo la categoría colectiva de la gama de la angina de pecho basándonos sólo en la presentación del dolor torácico (y proponiendo el tratamiento lítico de todos estos cuadros clínicos); o determinar que el embarazo, la anasarca y la obesidad plausiblemente tienen causas comunes basadas en las alteraciones del perímetro abdominal que producen en común. Desde el DSM-III, la nosología psiquiátrica no ha pretendido que los diagnósticos descriptivos impartan información sobre la etiología. Hasta que se establezcan nuevas validaciones externas de los estados patológicos, la ampliación de la fenomenología parece inevitablemente arbitraria.

Desde una perspectiva práctica, la máxima desventaja clínica inherente a ampliar prematuramente el concepto bipolar tal vez tenga que ver con las recomendaciones en torno a los mejores tratamientos para los trastornos afectivos difíciles. Strakowski et al señalan que en los pacientes con «síntomas parecidos a los bipolares» podrían ser útiles los mismos fármacos que se emplean para tratar el trastorno bipolar de tipo I, arguyendo que los estabilizadores afectivos «se consideran relativamente específicos para el trastorno bipolar». Sin embargo, se podría cuestionar la especificidad diagnóstica de prácticamente cualquier fármaco psicoactivo y hay escasos fundamentos para inferir el diagnóstico con base en la respuesta clínica en otros campos de la medicina. Considérese, por ejemplo, que la diuresis eficaz con furosemida no establece una causa cardiógena frente a periférica del edema; ni una respuesta antinflamatoria a los corticoesteroides señala una causa autoinmunitaria por contraposición a infecciosa de un dolor articular. Por lo demás, tan interesante como pueda ser la hipótesis de que los estabilizadores efectivos podrían ser útiles en formas complejas de los trastornos que no son de la «gama» bipolar I o II, hay que reconocer que no se dispone de ningún estudio controlado para determinar la eficacia de los estabilizadores afectivos en pacientes con «gama bipolar ampliada».

La extrapolación con respecto a posibles resultados del tratamiento derivada de estudios de los estabilizadores afectivos para la depresión unipolar resistente al tratamiento o muy recidivante es menos que alentadora. Por ejemplo, el estudio Alternativas de Tratamiento Secuencial para Aliviar la Depresión (STAR*D) comprendió un grupo de estudio con depresión unipolar muy recidivante —una designación que algunos expertos considerarían como primordial de la enfermedad maniaco-depresiva Kraepeliniana— y sin embargo el litio complementario produjo sólo una tasa de respuesta del 15,9% (1), pese a los resultados promisorios previos con muestras mucho más pequeñas en la depresión unipolar muy recidivante (2). Así mismo, pese a los datos preliminares alentadores de estudios abiertos, tres estudios comparativos con placebo no han logrado demostrar la

eficacia de la lamotrigina complementaria en la depresión unipolar resistente al tratamiento (3-5). No existe ningún estudio aleatorizado sobre divalproex o carbamazepina en la depresión unipolar compleja, aunque la eficacia con cualquiera de estos estabilizadores afectivos es más sólida para la manía que para la depresión en el trastorno bipolar de tipo I.

Strakowski et al introducen su análisis de un posible papel ampliado para los estabilizadores afectivos señalando las controversias no resueltas en torno a la inocuidad y la eficacia de antidepresivos en la depresión bipolar. No obstante, es notable que los estudios aleatorizados indican que la inocuidad y la eficacia antidepresiva al parecer son más considerables en el trastorno bipolar II que en el bipolar I (6,7) —y tal vez incluso superior al litio para prevenir las recaídas— lo que indica que los trastornos de la gama bipolar «blanda» pueden de hecho ser el nicho más favorable para el empleo de antidepresivos en contraste con el trastorno bipolar de tipo I.

Puesto que las hipótesis en torno a una gama bipolar ampliada no se han puesto a prueba en estudios empíricos, hay varios aspectos que vale la pena de tomar en cuenta para los estudios clínicos y de investigación que se realicen en el futuro, a saber:

- Es necesario determinar empíricamente los criterios de inclusión y exclusión para las entidades putativas dentro de la «gama» bipolar. Sin criterios de exclusión propuestos, son altos los riesgos de una incoherencia diagnóstica.
- Los métodos endofenotípicos, sobre todo los que se enfocan en los familiares de primer grado no afectados de probandos bipolares I o II, pueden ser muy útiles para distinguir las características observables que reflejan la expresión de alelos de riesgo bipolar y ayudan a separar los fenotipos verdaderos de las fenocopias.
- Se necesitan estudios clínicos significativos sobre los estabilizadores afectivos para los trastornos que no son de la gama bipolar I o II a fin de fundamentar las recomendaciones terapéuticas en la observación empírica y reemplazar las conjeturas y las opiniones con datos de resultados factuales.

Bibliografía

1. Nierenberg AA, Fava M, Trivedi MH et al. A comparison of lithium and T(3) augmentation following two failed medication treatments for depression: a STAR*D report. Am J Psychiatry 2006;163: 1519-30.
2. Fieve RR, Dunner DL, Kumbarachi T et al. Lithium carbonate in affective disorders. IV. A double-blind study of prophylaxis in unipolar recurrent depression. Arch Gen Psychiatry 1975;32:1541-4.
3. Barbosa L, Berk M, Vorster M. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of augmentation with lamotrigine or placebo in patients concomitantly treated with fluoxetine for resistant major depressive episodes. J Clin Psychiatry 2003;64:403-7.
4. Santos MA, Rocha FL, Hara C. Efficacy and safety of antidepressant augmentation with lamotrigine in patients with treatmentresistant depression: a randomized, placebo-controlled, double-blind study. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2008;10:187-90.
5. Barbee JG, Thompson TR, Jamhour NJ et al. A double-blind placebo-controlled trial of lamotrigine as an antidepressant augmentation agent in treatment-refractory unipolar depression. J Clin Psychiatry (in press).
6. Altshuler LL, Suppes T, Black DO et al. Lower switch rate in depressed patients with bipolar II than bipolar I disorder treated adjunctively with second generation antidepressants. Am J Psychiatry 2006;163:313-5.
7. Amsterdam JD, Shults J. Efficacy and safety of long-term fluoxetine versus lithium monotherapy of bipolar II disorder: a randomized, double-blind, placebo-substitution study. Am J Psychiatry 2010;167:792-800.

Ampliación del concepto de trastorno bipolar: ¿Qué se debiera hacer ante la incertidumbre?

MARK ZIMMERMAN

Rhode Island Hospital, Brown Medical School, Providence, RI 02905, USA

En las primeras etapas del curso del tratamiento a veces no estoy seguro si un paciente activamente deprimido tiene trastorno bipolar. Esta incertidumbre ocurre pese a una valoración extensa que comprende la administración de una entrevista semiestructurada, un análisis de los registros previos y una entrevista con un informante. Cuando el diagnóstico se basa en la presentación de episodios sintomáticos en el pasado, como en el caso de trastorno bipolar en pacientes con depresión activa, a veces es evasiva la claridad diagnóstica.

Así mismo, no estoy seguro cómo se debiera definir la gama bipolar, y esto pese a realizar investigación en este campo y de mantenerme al día en la bibliografía.

¿Qué se debiera hacer ante la incertidumbre? Hacia mis pacientes adopto una conducta expectante. Es decir, vigilo estrechamente los síntomas de mis pacientes en el curso del tiempo, buscando el surgimiento de episodios hipomaniacos o, con menos frecuencia, maniacos. El tratamiento del trastorno bipolar sigue al establecimiento del diagnóstico.

De una manera similar, los cambios de la nosología debieran seguir a un enfoque sobrio y conservador y sólo realizarse cuando las pruebas científicas empíricas reproducidas hayan demostrado que el nuevo método es superior al antiguo. Según lo resumen Strakowski et al, tal evidencia científica empírica es escasa por lo que respeta a una expansión de los límites del trastorno bipolar. Por tanto, recomiendan tener cautela.

Siempre que se trazan los límites del trastorno bipolar, habrá algunos diagnósticos positivos falsos así como negativos falsos. La duda no es si existe un error diagnóstico, sino más bien cuál tipo de error predomina y cuánto modificará la repercusión en el umbral diagnóstico el número de cada uno de estos errores diagnósticos. También es importante tomar en cuenta las consecuencias clínicas de cada tipo de error y cuál error es más difícil de deshacer, una vez que se ha cometido.

En apoyo a la expansión del límite diagnóstico para el trastorno bipolar, algunos estudios han señalado que la duración del episodio hipomaniaco se debiera reducir a uno o dos días (1,2). Sin embargo, no estoy al tanto de ningún estudio sobre la repercusión potencial que este cambio tendría en el diagnóstico y el pronóstico en el ejercicio clínico. Con los criterios diagnósticos existentes, el diagnóstico excesivo (es decir, positivos falsos) ya representa un problema (3). Si se disminuye el umbral de la duración, cuántos pacientes más tendrán un diagnóstico excesivo de trastorno bipolar debido a que episo-

dios de inestabilidad afectiva característicos de la patología de la personalidad del grupo B se consideren incorrectamente indicativos de hipomanía (4). Desde luego, se debiera plantear la interrogante: ¿Con cuánta frecuencia un profesional clínico en la actualidad infradiagnostica un trastorno bipolar «verdadero» debido a que el síndrome hipomaniaco observado, o que ocurrió recientemente, no ha persistido por el periodo suficiente para cumplir los requisitos de un episodio hipomaniaco según el DSM-IV? Sin embargo, los profesionales clínicos no son inflexibles en la aplicación de los umbrales diagnósticos del DSM-IV (5); por consiguiente, los pacientes con episodios hipomaniacos recidivantes de duración supuestamente insuficiente de todas maneras posiblemente recibirían un diagnóstico de trastorno bipolar y se tratarían de manera correspondiente.

Tanto los diagnósticos positivos falsos como los negativos falsos conllevan consecuencias adversas. El trastorno bipolar no reconocido conlleva infraprescripción de fármacos estabilizadores afectivos, un incremento del riesgo de ciclos rápidos y un aumento de los costos asistenciales (6-8). El trastorno bipolar sobrediagnosticado conlleva tratamiento excesivo con medicamentos innecesarios y la exposición consecutiva a los posibles efectos secundarios y el riesgo médico y el potencial fracaso para ofrecer tratamientos más apropiados. Al tratar de determinar dónde establecer el umbral para el diagnóstico de trastorno bipolar y minimizar los errores diagnósticos de todos los tipos, se debiera reconocer que la consecuencia de un diagnóstico positivo falso posiblemente sea más duradera que la de un diagnóstico negativo falso. Aunque el diagnóstico puede ser un proceso dinámico y fluido, que se revalora a medida que se dispone de más material clínico, probablemente es más fácil añadir un diagnóstico que descartarlo. Por consiguiente, es más fácil cambiar el diagnóstico de un paciente de una depresión no bipolar al trastorno bipolar que de la depresión bipolar a la no bipolar. Sospecho que es improbable que a un paciente con un diagnóstico positivo falso de trastorno bipolar que esté evolucionando bien con un antidepresivo y un estabilizador afectivo, se le suspenda el estabilizador afectivo.

Veamos el estudio prospectivo de 10 años recién publicado que se realizó en residentes de la población y que demostró que las personas con un número subumbral de síntomas de manía/hipomanía tenían una tasa elevada de trastorno bipolar en sus familias, tasas de comorbilidad elevadas y una tasa incrementada de conversión al trastorno bipolar I o al trastorno bipolar II del DSM-IV durante el intervalo de seguimiento (9). Los autores interpretaron los hallazgos como apoyo para ampliar el concepto de trastorno bipolar. Sin embargo, menos del 15% de los individuos evolucionó realmente al trastorno bipolar I o bipolar II. Como lo señalan Strakowski et al, no se dispone de estudios que establezcan la eficacia de los estabilizadores afectivos en el tratamiento del trastorno bipolar subumbral. Por consiguiente, si se expandiera el límite diagnóstico, muchos individuos que nunca presentarían trastorno bipolar definido según el DSM-IV recibirían fármacos de receta ante la falta de una investigación controlada que establezca su eficacia.

First and Frances (10) han recomendado a quienes preparan el DSM-V que tengan cautela y no hagan cambios en los criterios diagnósticos sin consideración suficiente de las consecuencias imprevistas de tales cambios. Los diagnósticos basados en los síntomas del DSM-IV representan una estimación probabilística de una enfermedad cuya fisiopatología subyacente esperamos algún día comprender. El modificar el límite diagnóstico hacia abajo reducirá la tasa de infradiagnóstico de trastorno bipolar verdadero a costa de aumentar la frecuencia de sobrediagnóstico de trastorno seudobipolar.

Por tanto, nos quedamos con varias incertidumbres. Ante la falta de biomarcadores diagnósticos válidos, la relativa frecuencia de cada tipo de error diagnóstico basado en la fenomenología es incierta. La eficacia de los estabilizadores afectivos en el tratamiento del trastorno bipolar subumbral es dudosa. La repercusión de disminuir el umbral para diagnosticar trastorno bipolar sobre el diagnóstico bipolar en el ejercicio clínico es incierta. Desde una perspectiva de la salud pública, las ventajas de ampliar los límites diagnósticos son dudosas. Ante tal incertidumbre, una actitud expectante es lo más prudente antes de replantear los límites diagnósticos del trastorno bipolar.

Bibliografía

1. 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.
2. Benazzi F. Is 4 days the minimum duration of hypomania in bipolar II disorder? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2001;251:32-4.
3. Zimmerman M, Ruggero CJ, Chelminski I et al. Is bipolar disorder overdiagnosed? J Clin Psychiatry 2008;69:935-40.
4. Paris J. Borderline or bipolar? Distinguishing borderline personality disorder from bipolar spectrum disorders. Harv Rev Psychiatry 2004;12:140-5.
5. Zimmerman M, Galione J. Psychiatrists' and nonpsychiatrist physicians' reported use of the DSM-IV criteria for major depressive disorder. J Clin Psychiatry 2010;71:235-8.
6. Birnbaum HG, Shi L, Dial E et al. Economic consequences of not recognizing bipolar disorder patients: a cross-sectional descriptive analysis. J Clin Psychiatry 2003;64:1201-9.
7. Ghaemi SN, Boiman EE, Goodwin FK. Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study. J Clin Psychiatry 2000;61:804-8.
8. Matza LS, Rajagopalan KS, Thompson CL et al. Misdiagnosed patients with bipolar disorder: comorbidities, treatment patterns, and direct treatment costs. J Clin Psychiatry 2005;66:1432-40.
9. Zimmermann P, Bruckl T, Nocon A et al. Heterogeneity of DSM-IV major depressive disorder as a consequence of subthreshold bipolarity. Arch Gen Psychiatry 2009;66:1341-52.
10. First MB, Frances A. Issues for DSM-V: unintended consequences of small changes: the case of paraphilias. Am J Psychiatry 2008;165:1240-1.

Ampliación de los criterios diagnósticos para el trastorno bipolar: ¿por qué no comenzar con la hipomanía?

Susan L. McElroy

Lindner Center of HOPE, Mason, OH; Department of Psychiatry and Behavioral Neuroscience, University of Cincinnati College of Medicine, Cincinnati, OH, USA

Strakowski et al han realizado un extraordinario trabajo al analizar las ventajas y los riesgos de ampliar los criterios diagnósticos para el trastorno bipolar. Hacen notar que las ventajas son un diag-

nóstico más exacto y un tratamiento más apropiado de los pacientes con trastorno bipolar, en tanto que las desventajas son un diagnóstico excesivo y la exposición a fármacos ineficaces con efectos secundarios dañinos en quienes no padecen la enfermedad, así como el impedimento para el descubrimiento científico. En apoyo a los criterios ampliados, citan evidencia científica que indica que el trastorno bipolar I se encuentra en una gama con el trastorno depresivo mayor (TDM) a través del trastorno bipolar II y con la esquizofrenia a través de trastorno esquizoafectivo. Esto comprende la respuesta al litio del TDM resistente a antidepresivos; los hallazgos genéticos comunes entre el trastorno bipolar y el TDM y entre el trastorno bipolar y la esquizofrenia; y la respuesta de los tres trastornos a los antipsicóticos de segunda generación (ASG). Sin embargo, se proporcionan más datos que se contraponen a la ampliación de los criterios diagnósticos para el trastorno bipolar, entre ellos los hallazgos recientes derivados de un estudio a gran escala realizado por Perlis et al (1) que indican que los criterios del trastorno de la gama bipolar en pacientes con TDM no pronosticaron la respuesta al tratamiento antidepresivo, al igual que los hallazgos de las diferencias neurocognitivas y de estudios por neuroimágenes entre los pacientes con trastorno bipolar I y II. Terminan diciendo que es prematuro plantear un nuevo esquema diagnóstico bipolar, arguyendo que las nosologías existentes posiblemente ya están afectadas por un grupo heterogéneo de causas.

Se puede definir una gama como un intervalo de estados vinculados de manera que no hay un trastorno unitario sino más bien un síndrome que consta de subgrupos. El hecho de que existan diferencias entre el trastorno bipolar I y el bipolar II, o entre el trastorno bipolar II y el TDM, no representa un razonamiento en contra de un concepto de gama, sobre todo puesto que se considera que los trastornos representan enfermedades genéticas complejas. De hecho, el primer estudio publicado sobre la asociación de todo el genoma para diferentes trastornos en relación con el trastorno bipolar, el TDM y la esquizofrenia, ha revelado una región cromosómica que tiene efectos específicos para el trastorno bipolar II, así como varias regiones cromosómicas que tienen efectos pleótropos que influyen en las tres clases diagnósticas (2). Tal hallazgo brinda apoyo al concepto de la gama bipolar al inferir susceptibilidades genéticas específicas y compartidas a través de los trastornos integrantes. Se ha propuesto una serie de criterios diagnósticos para una gama bipolar (3,4). Algunos de estos modelos comprenden formas que carecen de manía o hipomanía pero que tienen otros indicadores de bipolaridad, tales como el inicio temprano de la depresión, los episodios de depresión muy recidivantes o el antecedente familiar de un trastorno bipolar. Según lo hicieron notar Strakowski et al, un estudio a gran escala de pacientes con TDM que llevaron a cabo Perlis et al (1) no respaldó tal concepto de gama cuando se utilizó la respuesta al antidepresivo como la variable de validación.

Sin embargo, datos epidemiológicos y prospectivos crecientes indican que los síntomas subumbral de hipomanía son frecuentes y tienen importancia nosológica, lo que respalda modelos de la gama bipolar más estrechos. Angst et al (5) demostraron que casi 40% de los participantes en el estudio de la Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad con el TDM tenían un antecedente de hipomanía subumbral, definida como la respuesta afirmativa a por lo menos una de las dos preguntas de detección de manía, pero no lograban cumplir todos los criterios diagnósticos para la manía. Según estas preguntas, los síntomas hipomaniacos tenían que persistir varios días o más. Los individuos con TDM o hipomanía subumbral tenían una edad de inicio más temprana, más episodios de depresión y tasas más altas de comorbilidad que éstos sin hipomanía, pero grados más bajos de gravedad clínica que aquellos con trastorno bipolar II. El hecho de que las diferencias entre las tres categorías fuesen graduales pudo considerarse como un apoyo adicional de una gama subyacente. Fiedorowic et al (6) llevaron a cabo el seguimiento durante una media de 17,5 años y hasta 31 años a 550 individuos del Estudio en Colaboración de la Depresión, del National Institute of Mental Health (NIMH), quienes tenían TDM al incorporarse en el estudio. En el análisis de la supervivencia, un 20% de la muestra presentaba hipomanía o manía y conversión a un diagnóstico bipolar. El número de síntomas de hipomanía subumbral (tres de cinco fue el umbral óptimo) se relacionó con un inicio subsiguiente de hipomanía o manía independiente de otros factores de riesgo.

Los estudios de la hipomanía subumbral podrían ser importantes para comprender la variación asociada a los antidepresivos, con respecto a lo cual existe mucha controversia, y otras interrogantes en torno al tratamiento. En un estudio de 176 pacientes bipolares que participaron en estudios de tratamiento antidepresivo complementario durante 10 semanas, 46 presentaron manía o hipomanía que surgió durante el tratamiento (7). La única diferencia entre el grupo con variación y el grupo sin variación fue un puntaje pequeño pero significativamente más alto en la Escala de Young para Valoración de la Manía (es decir, síntomas hipomaniacos subumbral) antes del empleo de un antidepresivo. Puesto que se ha demostrado que los pacientes con depresión bipolar II tienen menos posibilidades de presentar la conversión con antidepresivos que aquellos con depresión bipolar I (8), es posible que exista una gama de susceptibilidad al proceso de conversión provocado por el antidepresivo que es máxima para el trastorno bipolar de tipo I, mínima para el trastorno depresivo mayor e intermedia para el trastorno bipolar II. También es posible que los antidepresivos tengan más posibilidades de desencadenar hipomanía subumbral que hipomanía o manía umbral y que en el TDM que no responde adecuadamente a un antidepresivo, la hipomanía subumbral (espontánea o relacionada con antidepresivos) podría pronosticar una mejor respuesta al aumento con litio o un ASG más que a un segundo antidepresivo. Estas hipótesis pueden valorarse en forma empírica con los criterios diagnósticos definidos en forma operacional para la hipomanía subumbral y las entrevistas para valorarlos (9).

En vista de las inquietudes bien fundamentadas con respecto a ampliar prematuramente el esquema diagnóstico bipolar, se podrían proporcionar en el DSM-V o en la ICD-11 (p. ej., en un apéndice) criterios provisionales para la hipomanía subumbral para estudiarlos más. Los ejemplos podrían ser las definiciones de hipomanía del DSM-IV o la ICD-10 con excepción de la duración de los síntomas de uno a tres días, o las definiciones que se enfocan en la hiperactividad conductual, pero existen otros (9). Una definición de hipomanía subumbral, a su vez, permitiría identificar subtipos específicos de trastorno bipolar por lo demás no especificados (p. ej., trastorno bipolar III o TDM con hipomanía subumbral), para los cuales también se podrían proporcionar criterios provisionales.

El identificar entidades patológicas circunscritas en una gama dimensiones de variación continua es un objetivo importante de la clasificación médica, y

el refinamiento fenotípico debe avanzar mano a mano con los hallazgos en neurociencias, genética y respuesta al tratamiento (10). Los síntomas hipomaniacos subumbral representan un problema de salud pública y ha surgido como una necesidad importante en este campo el identificar los límites entre la hipomanía y la depresión, otros trastornos caracterizados por síntomas hipomaniacos (p. ej., trastornos por control de los impulsos) y la salud mental. Las series de criterios para la hipomanía subumbral que se proporcionan para estudio adicional en el DSM-V o la ICD-11 podrían ayudar también a deslindar los límites de la hipomanía y de esta manera la gama bipolar, de una manera empírica sin ampliar prematuramente los criterios diagnósticos del trastorno bipolar.

Bibliografía

1. Perlis RH, Uher R, Ostacher M et al. Association between bipolar spectrum features and treatment outcomes in outpatients with major depressive disorder. Arch Gen Psychiatry (in press).
2. Huang J, Perlis RH, Lee PH et al. Cross-disorder genomewide analysis of schizophrenia, bipolar disorder, and depression. Am J Psychiatry 2010;167:1254-63.
3. Angst J. The bipolar spectrum. Br J Psychiatry 2007;190:189-91.
4. Phelps J, Angst J, Katzow J et al. Validity and utility of bipolar spectrum models. Bipolar Disord 2008;10:179-93.
5. Angst J, Cui L, Swendsen J et al. Major depressive disorder with subthreshold bipolarity in the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psychiatry 2010;167:1194-201.
6. Fiedorowicz JG, Endicott J, Leon AC et al. Subthreshold hypomanic symptoms in progression from unipolar major depression to bipolar disorder. Am J Psychiatry 2011;168:40-8.
7. Frye MA, Helleman G, McElroy SL et al. Correlates of treatment-emergent mania associated with antidepressant treatment in bipolar depression. Am J Psychiatry 2009;166:164-72.
8. Altshuler LL, Suppes T, Black DO et al. Lower switch rate in depressed patients with bipolar II than bipolar I disorder treated adjunctively with second-generation antidepressants. Am J Psychiatry 2006;163:313-5.
9. Benazzi F, Akiskal HS. The modified SCID Hypomania Module (SCID-Hba): a detailed systematic phenomenologic probing. J Affect Disord 2009;117:131-6.
10. Jablensky A. Boundaries of mental disorders. Curr Opin Psychiatry 2005;18:653-8.

Problemas en los conceptos y definiciones actuales de los trastornos bipolares

Jules Angst

Zurich University Psychiatric Hospital, Zurich, Switzerland

No se puede más que estar de acuerdo con la conclusión de Strakowski et al de que los cambios futuros en las definiciones actuales de los trastornos bipolares se debieran basar en pruebas congruentes y convergentes de su validez; pero esto también es aplicable a las definiciones existentes.

Mis observaciones son complementarias y se enfocan principalmente en los trastornos afectivos definidos en el DSM-IV. Pueden ser recomendables los cambios por diversos motivos, a saber: a) algunos criterios diagnósticos actuales para la bipolaridad (manía/hipomanía) pueden no estar basados en los datos clínicos y no ser válidos; b) la gama diagnóstica actual de los trastornos afectivos mayores puede considerarse no válida (por lo que respecta a su diagnóstico excesivo de trastornos depresivos mayores a expensas del trastorno bipolar) o ilógica (designación de la manía/hipomanía unipolar como trastorno bipolar pero de la depresión unipolar como trastorno depresivo mayor); c) la gama de gravedad actual en el DSM-IV tiene una cobertura insuficiente: más del 50% de los pacientes tratados profesionalmente de depresión no cumplen los criterios formales para los trastornos afectivos según el DSM-IV (1) pero se asignan a la categoría indefinida de «por lo demás no especificados». La gama de gravedad de la ICD-10 tiene un mejor desempeño en este sentido y se acerca mucho más a la naturaleza.

En el DSM-III se introdujo el término «trastornos afectivos», lo cual señala que los cambios del estado de ánimo son los únicos síntomas principales, haciendo un lado por ejemplo el aumento de la energía y la actividad. Lo último a menudo se percibe más claramente y es comunicado por los propios pacientes hipomaniacos que la irritabilidad (a menudo mejor observada por otros). El Estudio de Zurich y el Estudio Bridge demostraron la validez del aumento de la energía y la actividad como una pregunta de entrada además del estado de ánimo eufórico o irritable.

Todavía más importante es el hallazgo de que los criterios de exclusión para los episodios maniacos e hipomaniacos permitía distinguir a los pacientes que mostraban todas las características bipolares típicas (antecedente familiar positivo de manía, inicio temprano, alta recidiva, avances de la evolución y una gran comorbilidad con trastorno por pánico, trastorno por ansiedad generalizada, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, episodios de alimentación excesiva, uso de drogas y trastorno límite de la personalidad). Se ha demostrado que las conversiones de la depresión en hipomanía durante el tratamiento con antidepresivos no son un efecto adverso simple del tratamiento (2) sino una consecuencia natural de la respuesta. El documento preliminar del DSM-V, hasta cierto punto, ha tomado en cuenta estos hallazgos.

Un tercer problema con el concepto actual del DSM-IV es el criterio de la duración de cuatro días para los episodios hipomaniacos; los episodios breves son frecuentes y característicos, sobre todo en adolescentes y entre los episodios mayores en adultos. El criterio de cuatro días no está basado en datos y por tanto es cuestionable (3).

La gama de la depresión a la manía sólo en parte ha sido explorada mediante investigación epidemiológica representativa, principalmente debido a que las entrevistas utilizadas presuponen que es correcto el concepto del DSM-IV; este enfoque de arriba hacia abajo excluye información importante. Cassano et al, quienes analizaron a pacientes con trastornos depresivos mayores, demostraron una gama continua de síntomas depresivos y maniacos. Los reanálisis recientes de dos estudios epidemiológicos a gran escala han demostrado que alrededor de un 40% de los individuos con trastornos depresivos mayores manifiestan síndromes bipolares subumbral con la validez y la comorbilidad correspondientes (5,6). Este grupo de individuos deprimidos tienen máximo riesgo de presentar trastornos bipolares I y II floridos. Sin embargo, hasta ahora no se dispone de datos sobre el tratamiento de tales pacientes; sin embargo, en contraste con los resultados del estudio STAR*D referido por Strakowski et al, dos estudios multicén-

tricos realizados en Francia y en Polonia demostraron que la depresión resistente al tratamiento se correlacionaba en alto grado con la bipolaridad según se valoraba mediante la lista de Cotejo-32R para la Hipomanía (7,8).

Un problema nosológico no resuelto es la manía pura y la hipomanía, que parecen diferir de los trastornos bipolares por lo que respecta a antecedente familiar (negativo para la depresión) y otras características importantes. Casi no existen datos sobre este aspecto (9).

El aspecto de la gravedad del concepto de la gama bidimensional (10) por mucho tiempo ha sido la perspectiva de la gama, desde el estudio de Klerman (11) y el de Akiskal (12). La clasificación diagnóstica actual del DSM-IV todavía es incompleta en su cobertura de los pacientes tratados. La depresión breve menor y recidivante aparece sólo como temas para estudio adicional en el apéndice. Se incluyen los trastornos ciclotímicos pero sólo como un estado más crónico. Se debiera incorporar la depresión recidivante aguda y menor y los trastornos bipolares menores en vez de ser asignados al grupo «no específicos». Las definiciones operacionales permitirían entonces diagnósticos precisos de la mayoría de los pacientes tratados y proporcionarían a la investigación clínica y epidemiológica datos importantes para los avances diagnósticos en el futuro.

Por otra parte, deben abordarse con cautela las tendencias al surgimiento de los rasgos o trastornos de la personalidad (trastorno límite de la personalidad) o temperamentos (ciclotímicos, hipertímicos, depresivos) junto con los conceptos diagnósticos bipolar y depresivo. Estos rasgos están íntimamente relacionados con los trastornos bipolares pero no obstante debieran considerarse como una dimensión de una tercera gama, no mezclados con las gamas de gravedad o diagnóstico.

Los manuales diagnósticos son esenciales pero necesitarán constante mejora. Para permitir la obtención de la información necesaria que permita más cambios basados en los datos, los manuales han de incluir (no sólo en un apéndice) nuevas categorías potenciales y deben fomentar un enfoque centrado en el paciente de abajo hacia arriba para la exploración y el diagnóstico. Esto registraría primero y antes que nada las manifestaciones de los pacientes sin la óptica restrictiva de los conceptos diagnósticos. Desde luego, lo mismo es aplicable a las valoraciones epidemiológicas normalizadas. Aquí es importante ampliar las preguntas de entrada a fin de evitar negativos falsos. Por último, las causas siempre son multifactoriales y, en el estado actual de nuestros conocimientos, en cierta medida arbitrarias. Se han de evitar los criterios de exclusión basados en atributos causales, de ser posible.

Bibliografía

1. Angst J, Gamma A, Clarke D et al. Subjective distress predicts treatment seeking for depression, bipolar, anxiety, panic, neurasthenia and insomnia severity spectra. Acta Psychiatr Scand 2010;122:488-98.
2. 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.
3. Angst J, Gamma A, Bowden CL et al. Diagnostic criteria for bipolarity in patients with DSM-IV major depressive episodes: results of the international Bridge Study across 18 countries. Submitted for publication.
4. Cassano GB, Rucci P, Frank E et al. The mood spectrum in unipolar and bipolar disorder: arguments for a unitary approach. Am J Psychiatry 2004;161:1264-9.
5. Zimmermann P, Brückl T, Nocon A et al. Heterogeneity of DSM-IV major depressive disorder as a consequence of subthreshold bipolarity. Arch Gen Psychiatry 2009;66:1341-52.
6. Angst J, Cui L, Swendsen J et al. Major depressive disorder with subthreshold bipolarity in the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psychiatry 2010;167:1194-201.
7. Hantouche E, Azorin JM, Lancrenon S et al. Prévalence de l'hypomanie dans les dépressions majeures récurrentes ou résistantes: enquêtes Bipolact. Ann Méd Psychol 2009;167:30-7.
8. Rybakowski JK, Angst J, Dudek D et al. Polish version of the Hypomania Checklist (HCL-32) scale: the results in treatmentresistant depression. Eur Arch Psychiatry Neurol Sci 2010;260:139-44.
9. Gamma A, Angst J, Ajdacic-Gross V et al. Are hypomanics the happier normals? J Affect Disord 2008;111:235-43.
10. Angst J. The bipolar spectrum. Br J Psychiatry 2007;190:189-91.
11. Klerman GL. The spectrum of mania. Compr Psychiatry 1981;22:11-20.
12. Akiskal HS. The bipolar spectrum: new concepts in classification and diagnosis. In: Grinspoon L (ed). Psychiatry update: the American Psychiatric Association annual review. Washington: American Psychiatric Press, 1983:271-92.

Gama bipolar: ¿sólo ampliación o una integración entre categorías y dimensiones?

Giovanni B. Cassano[1], Valentina Mantua[1], Andrea Fagiolini[2]

[1]University of Pisa; [2]University of Siena, Italy

En su artículo reflexivo, Strakowski et al analizan la amplia bibliografía relativa a las ventajas y los riesgos de ampliar los límites conceptuales de los trastornos bipolares. Según los autores, la adopción de un modelo de la gama bipolar, no respaldada adecuadamente por los datos derivados de las investigaciones, es prematura.

Si bien subrayamos que las categorías del DSM pocas veces están basadas en datos provenientes de investigaciones, estamos de acuerdo con los autores. Consideramos que el mantener un enfoque más conservador, hasta que nuevos esclarecimientos de los mecanismos biológicos subyacentes permitan un cambio más justificado de los límites entre los diferentes diagnósticos y entre los síntomas umbral y subumbral, garantiza que las categorías existentes mantengan los grados actuales de fiabilidad diagnóstica y grados aceptables de comunicación entre profesionales clínicos e investigadores.

No obstante, necesitamos reconocer que el sistema diagnóstico actual no toma en cuenta en forma adecuada la fenomenología subumbral, lo que limita la posibilidad de valorar su influencia en la evolución de la enfermedad. En un estudio reciente, se ha estimado en 1,4% la prevalencia de la bipolaridad subumbral en el curso de la vida en la población general (1).

Entre los múltiples límites de la gama bipolar, tres parecen tener importancia clínica. El primero es la gama continua de la esquizofrenia y el trastorno bipolar I ampliamente aceptada. La terapia electroconvulsiva, el litio y los antipsicóticos atípicos han contribuido a la erosión pro-

gresiva de los límites de la esquizofrenia, para la ventaja de los diagnósticos de la gama bipolar. La gama esquizofrenia-esquizoafectivo-psicótico-mixto psicótico bipolar-unipolar, inicialmente respaldada por la respuesta al tratamiento, ha recibido apoyo reciente de la genética molecular y de los datos derivados de estudios por la imagen. De hecho, los trastornos motores y cognitivos, que fluctúan desde el retraso hasta la excitación catatónica, así como la degradación cognitiva en la manía crónica y los llamados síntomas negativos, pueden representar una base común entre los trastornos afectivos y la esquizofrenia. En nuestra opinión, la identificación de los subtipos se facilita por un proceso de agrupamiento más que por una simple comparación entre dos diagnósticos. Tal proceso precisará biomarcadores que tengan más posibilidades de asociarse a dimensiones psicopatológicas que a las categorías diagnósticas actuales.

La segunda frontera es la continuidad de la depresión bipolar/«unipolar», que todavía es el blanco de actividades de investigación notables iniciadas por los estudios pioneros de H. S. Akiskal, quien propuso diferentes subtipos de bipolaridad. Nuestros datos y experiencia clínica resaltan la relevancia de la bipolaridad subumbral, que consta de múltiples dimensiones que abarcan toda la gama continua bipolar/unipolar. La mayor parte de estas dimensiones, como la activación psicomotriz y el retraso, la tendencia al suicidio y los pensamientos suicidas, la irritabilidad, la variación diurna y la necesidad de dormir, pueden determinarse por medio de una valoración clínica tradicional, facilitada por cuestionarios que valoran la presentación en el curso de la vida de síntomas y signos típicos, atípicos, precursores y residuales. Tal enfoque puede contribuir a aumentar la validez y la precisión diagnóstica y a la vez conservar los criterios actuales para el trastorno bipolar II.

En una extensa muestra de pacientes con trastorno bipolar y unipolar demostramos la posibilidad de que una dimensión «de activación psicomotriz» permita identificar subgrupos de individuos con una probabilidad progresivamente mayor de pertenecer a la categoría bipolar (2). Sólo 25 pacientes con depresión unipolar de entre 571 (4,4%) fueron clasificados erróneamente mediante el análisis del árbol de clasificación como pertenecientes al grupo de trastorno bipolar II.

Así mismo, en una muestra de 291 pacientes unipolares diagnosticados conforme a la SCID (3), nueve (ocho tratados con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y uno con psicoterapia interpersonal) presentaron un episodio de manía o hipomanía durante el curso del estudio. Cuando valoramos sus calificaciones de factores previas al tratamiento en el cuestionario MOODS en el curso de la vida, observamos que ocho de nueve sobrepasaban por lo menos uno de los umbrales en la activación psicomotriz, inestabilidad mixta o tendencia al suicidio o ideas suicidas según se miden con este cuestionario.

Un tercer límite de la gama bipolar es la bipolaridad subumbral que puede observarse en diversos trastornos por ansiedad, de la conducta alimentaria y de la personalidad. En estos casos, la pérdida de la regulación afectiva puede ser secundaria y también primaria y genéticamente independiente. Esto es similar a lo que observamos en las enfermedades orgánicas. Por ejemplo, en el infarto de miocardio, la insuficiencia renal y el edema pulmonar pueden ser manifestaciones progresivas de una sola enfermedad o representar tres trastornos relativamente independientes. Por tanto, al parecer es riesgoso incluir diferentes categorías como trastornos por ansiedad o de la conducta alimentaria en la gama bipolar, ya que a menudo permanecen en una relación de comorbilidad. La investigación genética se ha desplazado a través de modelos con grados crecientes de complejidad desde «un trastorno—un gen» hasta «un trastorno—múltiples genes» y finalmente a un modelo que vislumbra un grupo de genes que controlan una o más dimensiones psicológicas o psicopatológicas transnosográficas.

En conclusión, la validez clínica de un diagnóstico debiera comprender la capacidad de prever la evolución, establecer el pronóstico y proporcionar información para la selección de tratamiento. Tales metas se logran mejor cuando la nosografía está vinculada a los mecanismos biológicos. Por tanto, estamos de acuerdo con la necesidad de retener las categorías actuales hasta que se logre esclarecer más su etiología y hasta que se identifiquen biomarcadores y se puedan utilizar en el ejercicio clínico. Esto evitaría problemas que resultan de los cambios rápidos y continuos en los diagnósticos y la clasificación.

Sin embargo, se debe hacer notar que las categorías actuales no toman en cuenta el halo de subumbralidad y atipicidad en torno a ellas. Una integración de la clasificación categórica con un enfoque dimensional podría mejorar la capacidad para medir la bipolaridad y pronosticar el avance al trastorno bipolar. La bipolaridad subumbral, a través de un factor pronóstico potente, no necesariamente justifica un cambio en el diagnóstico. Dada nuestra escasa capacidad para pronosticar cuáles individuos con depresión mayor presentarán hipomanía o manía, la vigilancia longitudinal estrecha sigue siendo la mejor herramienta para un diagnóstico temprano en los pacientes cuyo trastorno depresivo mayor se orienta hacia un diagnóstico bipolar (4).

Bibliografía

1. Merikangas KR, Jin R, He JP et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey Initiative. Arch Gen Psychiatry 2011;68:241-51.
2. Cassano GB, Rucci P, Benvenuti A et al. The role of psychomotor activation in discriminating unipolar from bipolar disorders: a classification tree approach, J Clin Psychiatry (in press).
3. Frank E, Cassano GB, Rucci P et al. Predictors and moderators of time to remission of major depression with interpersonal psychotherapy and SSRI pharmacotherapy. Psychol Med 2011;41:151-62.
4. Fiedorowicz JG, Endicott, J, Leon AC et al. Subthreshold hypomanic symptoms in progression from unipolar major depression to bipolar disorder. Am J Psychiatry 2011;168:40-8.

Gama bipolar: ¿ha llegado su momento?

Ellen Frank

Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine, Western Psychiatric Institute and Clinic, Pittsburgh, PA 15213, USA

Strakowski et al valoran cuidadosamente los riesgos frente a las ventajas de ampliar el diagnóstico de trastorno bipolar y llegan a la conclusión de que «hasta que los hallazgos de investigaciones esclarezcan mejor la validez de una conceptuación más amplia del trastorno bipolar, la expansión clínica a un concepto de “gama” debiera valorarse con cautela». Arguyen que tal expansión debiera esperar a la evidencia de que el concepto, y la definición clara basada en el mismo, conduzcan a mejorar el avance del tratamiento o de nuestra comprensión

de la etiopatogenia. Como lo señalan los autores, uno de los problemas es que en la actualidad hay múltiples definiciones de «gama bipolar» y no está claro que los riesgos y las ventajas inherentes a adoptar uno de estos conceptos necesariamente sean los mismos que adoptar otro de estos conceptos.

El revisar la historia reciente del diagnóstico psiquiátrico nos ayuda a comprender por qué estamos en medio de este debate. Como lo señala Hyman (1), de una manera más o menos coincidente con el advenimiento de las farmacoterapias y psicoterapias específicas de trastornos, la psiquiatría occidental se desplazó desde conceptos de trastornos muy vagos hasta un enfoque en la fiabilidad. Este enfoque proporcionó un lenguaje compartido que facilitó una explosión de la investigación comparativa de estos nuevos fármacos y psicoterapias que continúa hasta nuestros días. Sin embargo, también ha tenido el efecto de cosificar las categorías. Estas categorías se convirtieron entonces en la base para estudios de genética y otros biomarcadores como los cognitivos analizados por Strakowski et al y también los identificados en diversas formas de estudios por neuroimágenes. Y ahí mismo radica el problema. En la mayoría de los casos, cada uno de estos métodos de estudio muestra datos indicativos de que las categorías distintivas son correctas y algunos indicios de una gama bipolar, no importa cómo se defina. Por consiguiente, puede considerarse que en cierto grado nuestras categorías muy fiables han sido un obstáculo para comprender la etiología de los trastornos mentales y para el avance de nuevos métodos para su tratamiento.

El National Institute of Mental Health (NIMH) de Estados Unidos, en su Proyecto de Criterios de Dominio de Investigación (RDoC) (2), en la actualidad está adoptando un enfoque por completo diferente a este acertijo al analizar cinco dominios que se consideran pertinentes a los trastornos mentales (sistemas de valencia negativa que comprenden temor/extinción, estrés/ansiedad y agresión: sistemas de valencia positiva, que comprenden búsqueda de recompensa y aprendizaje de recompensa/hábitos; sistemas cognitivos, que comprenden atención, percepciones, memoria de trabajo, memoria declarativa, conducta de lenguaje y control cognitivo [requieren esfuerzo]; sistema de procesos sociales que comprenden imitación, teoría de la mente, dominancia social, identificación de expresión facial, apego/separación y áreas de autorrepresentación; y sistemas reguladores del despertar que comprenden el despertar y la regulación y la actividad del estado de reposo) a través de siete unidades de análisis cada vez más amplias (genes, moléculas, células, circuitos, fisiología, conducta y autoinformes). Este enfoque pretende ser complementario a los avances diagnósticos que tengan lugar en el DSM-V y la ICD-11.

La intención primaria de los RDoC es el avance de las ciencias, en tanto que el DSM y la ICD cumplen múltiples propósitos, entre ellos, la toma de decisiones clínicas, mantener registros clínicos, la toma de decisiones por las autoridades sanitarias y en medicina forense. Por consiguiente, el enfoque del NIMH finalmente puede representar una mejor manera de comprender cuáles aspectos de la «bipolaridad», no importa cómo se defina, son comunes en la «gama bipolar», sin importar cómo se defina ésta. Al trabajar desde la perspectiva de los RDoC, no habría nada problemático en torno al hecho de que el trastorno bipolar de tipo I y el trastorno bipolar «no clasificado en otra parte» o NEC (el nuevo término que se está proponiendo para lo que anteriormente se consideraba «por lo demás no especificado» o NOS) son similares por lo que respecta a los genes asociados a la búsqueda de recompensa, pero diferente con respecto a los genes asociados al control cognitivo. La inquietud en torno a las ventajas y los riesgos no sería pertinente. Más bien, el enfoque sería comprender cuál combinación de genes, aunada a cuál combinación de experiencias en la vida, conduce a la búsqueda de recompensa no modulada por algún tipo de control cognitivo característico de la manía florida en un individuo y a la búsqueda de recompensa modulada que es característica de la hipomanía leve en otra persona.

Hay escasas dudas de que las acciones realizadas hasta el momento para comprender la base genética de los trastornos psiquiátricos mayores como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, pese a sus características hereditarias tan acentuadas, se han visto dificultadas por nuestros enfoques diagnósticos categóricos (y, antes, por la esperanza ingenua de que estamos lidiando con rasgos mendelianos). Un enfoque como el propuesto por el proyecto de los RDoC que evita la dicotomía categoría frente a gama parece tener más posibilidades de dar sus frutos en lo referente a la comprensión de la etiología. Tal vez sea menos claro de qué manera podría relacionarse con nuestra comprensión de los efectos del tratamiento y con el desarrollo de mejores tratamientos.

Habiendo tenido la oportunidad de tratar pacientes con trastornos afectivos y por ansiedad, durante la mayor parte de la era psicofarmacológica y prácticamente toda la era de la psicoterapia específica de trastornos, he sigo testigo de una evolución de las farmacoterapias más específicas (p. ej., antidepresivos tricíclicos y antipsicóticos típicos) a las que parecen tratar una gama amplia de trastornos (p. ej., antipsicóticos atípicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina). Así mismo, las psicoterapias originalmente concebidas para la depresión unipolar se han adaptado ahora a las necesidades de aquellos con trastornos por ansiedad y trastornos bipolares. Se me ocurre que se puede comprender mejor en quiénes funcionan nuestros tratamientos si se «desmantelan» nuestros grupos actuales de trastornos y subgrupos en la forma en que propone el proyecto RDoC y se utilizan las variables del RDoC en análisis refinados de moderación y mediación de tratamiento. Una vez que contemos con estas respuestas, un paso final podría ser descifrar de qué manera definir categorías útiles que representen combinaciones de las variables de RDoC. Entonces, la ampliación de nuestros conceptos podría no ser riesgosa como en la actualidad parece.

Bibliografía

1. Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. Annu Rev Clin Psychol 2010;6:155-79.
2. National Institute of Mental Health. NIMH Research Domain Criteria (RDoC). www.nimh.nih.gov.

Ampliación del concepto de trastorno bipolar: ¿por diseño o por accidente?

Gabrielle A. Carlson

Child and Adolescent Psychiatry, Stony Brook University School of Medicine, Stony Brook, NY, USA

El análisis que realizan Strakowski et al explica una situación que con frecuencia no se ha explicado detalladamente con claridad. Es decir, hay una tensión entre las definiciones estrecha y amplia del trastorno bipolar en los adultos, al igual que en los niños y en los adolescentes. Sin embargo, aunque es bien reconocido el concepto de una gama bipolar de la ciclotimia a la manía esquizoafectiva, la verdadera explicación del diagnóstico de trastorno bipolar puede haber sido la consecuencia no intencional de determinadas decisiones del DSM —no una consideración trivial dado que estamos en la cúspide de una nueva revisión del DSM. En los siguientes párrafos planteo algunas hipótesis.

En primer lugar, el concepto de un episodio de manía no se definió bien en el DSM-III. Se definió un periodo distintivo de «por lo menos una semana», pero no se precisó ninguna compensación para delimitar un episodio, ni fue un requisito que el episodio fuese diferente al «yo habitual» de uno. El DSM-III-R agitó las aguas aún más al eliminar los criterios de duración y sólo exigir como requisito un «periodo distintivo». Como vemos con gran parte de la investigación en los trastornos bipolares de la infancia, se dice que el inicio del episodio maniaco ha comenzado en las primeras etapas de la infancia y nunca se ha detenido (1,2) o ha persistido por años. Es difícil valorar un episodio como algo que ha caracterizado toda la vida de una persona. En el otro extremo de la gama de la duración, los ciclos ultrarrápidos y los ciclos ultrradianos, es decir, periodos distintivos que duran minutos a horas, son muy difíciles de distinguir de la labilidad afectiva y las rabietas, ciertamente en niños y probablemente también en adultos. El comité del DSM-V al parecer ha reconocido este malentendido y, al menos según la página Web del DSM-V, está proponiendo cambios en la definición de «episodios».

Otro cambio del DSM que puede haber modificado la prevalencia del trastorno bipolar es la eliminación de «irritabilidad» como un síntoma de depresión debido a que se consideró que la manía albergaba mejor este síntoma. No es de sorprender que la frecuencia de «episodios mixtos» aumentase considerablemente después del DSM-III-R. En el DSM-III, el criterio para un episodio depresivo mayor fue un «estado de ánimo disfórico», el cual se caracterizaba, entre otras cosas, por irritabilidad. La depresión en la infancia se estudió inicialmente con entrevistas que incorporaban la irritabilidad en la depresión. Por ejemplo, la versión de 1983 del Esquema de Kiddie para los Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (K-SADS) declaraba: «Algunos niños negarán sentirse 'tristes' y solo refieren estar 'mal'». Si durante un periodo de depresión el paciente también está irritable, esto debe contarse como un estado de ánimo disfórico y calificarse como tal» (3). Cuando llegó el momento de revalorar los criterios, el subcomité de trastornos del estado afectivo en los niños del DSM-IV y yo (era el presidente) insistimos en que la irritabilidad se mantuviese en la definición de la depresión infantil, ya que no había evidencia científica para eliminarla. Lo que ha evolucionado en la investigación reciente indica que fue una decisión sabia. La irritabilidad en múltiples estudios pronostica un resultado de depresión y de ansiedad, no un desenlace bipolar (4-6).

Otro resultado corriente abajo de los criterios del DSM es el enfoque de valoración que ha surgido para diagnosticar a los niños y a los adultos con trastornos afectivos. Aunque las entrevistas cumplen una función aceptable de valorar una anamnesis por sistemas, ninguna de ellas funciona bien para ratificar los antecedentes (7). En algunas entrevistas se obtiene una línea cronológica pero no se incorporan estos datos. Por consiguiente, es imposible analizar el protocolo de la entrevista de alguien y reconstruir la historia clínica de un determinado paciente. No podemos afirmar que el sujeto de la entrevista tenga enfermedad maniaco-depresiva «característica» o estrechamente definida o trastorno bipolar diagnosticado en términos más amplios. Además, en los estudios efectuados en los niños, ocurre toda otra clase de cuestiones de valoración que pueden ampliar el diagnóstico. La regla «OR» acepta como positiva cualquier aceptación de un síntoma por el informante (progenitor o niño), de manera que un mayor número de niños tendrá manía que si se exige el acuerdo del progenitor/niño. El modificar los significados de euforia y grandiosidad permitirá obtener una muestra diferente que si se exige definiciones del adulto. La pérdida de la regulación afectiva grave se designó para captar jóvenes explosivos e irritables con una manía «de fenotipo amplia» y contrastarla con un fenotipo estrecho (8). Sin embargo, los que caracterizan a los niños con manía como muy irritables y explosivos no consideran que tengan el «fenotipo amplio».

Como consumidores, nunca sabemos si la muestra que se describe en cualquier estudio determinado se diagnostica «estrechamente» o «ampliamente». Las repercusiones de la comprensión de los resultados del estudio son considerables. Los hallazgos en la edad de inicio del trastorno bipolar, un indicador que puede tener repercusiones genéticas, difieren dependiendo de la conceptuación de uno. El trastorno bipolar tradicionalmente tiene una edad de inicio en la adolescencia tardía y en las primeras etapas de la edad adulta (9). Sin embargo, estos hallazgos probablemente están basados en el trastorno bipolar «característico». Los datos del Estudios STEP-BD (10) hacen referencia a individuos con inicio del trastorno en las primeras etapas de la infancia. Tal vez los sujetos en esta muestra amplia tengan un «diagnóstico amplio», lo que también es uno de los motivos por los que tienen una respuesta tan insatisfactoria al tratamiento. Es posible que sean personas con una pérdida de la regulación emocional que «cumplen los criterios» pero que no tienen trastorno bipolar». Así mismo, tienen alteraciones similares pero se han de identificar por separado del fenotipo estrecho.

Como lo señalan Strakowski et al, es importante la interrogante de investigación de cuándo y si el concepto amplio frente al estrecho del trastorno bipolar tiene penetración. La tragedia es que no hay manera de resolver la duda debido a la forma en que obtenemos y comunicamos los datos.

Bibliografía

1. Biederman J, Faraone SV, Wozniak J et al. Clinical correlates of bipolar disorder in a large, referred sample of children and adolescents. J Psychiatr Res 2005;39: 611-22.

2. Geller B, Tillman R, Craney JL et al. Fouryear prospective outcome and natural history of mania in children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. Arch Gen Psychiatry 2004;61:459-67.
3. Puig-Antich J, Chambers W. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children (6-18 years), August 1983.
4. Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA et al. Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. Biol Psychiatry 2006;60:991-7.
5. Stringaris A, Cohen P, Pine DS et al. Adult outcomes of youth irritability: a 20-year prospective community-based study. Am J Psychiatry 2009;166:1048-54.
6. Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR. Bipolar disorder during adolescence and young adulthood in a community sample. Bipolar Disord 2000;2:281-93.
7. Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. Schizophr Bull 2007;33:108-12.
8. Leibenluft E. Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. Am J Psychiatry 2011;168:129-42.
9. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depressive illness – Bipolar disorders and recurrent depression, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2007.
10. Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB et al. Long-term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). Biol Psychiatry 2004;55:875-81.

La gama depresión unipolar-depresión bipolar II-depresión bipolar I: ¿hay indicaciones para tratamientos diferentes?

Willem A. Nolen

Department of Psychiatry, University Medical Center Groningen, University of Groningen, The Netherlands

Strakowski et al señalan que la depresión bipolar puede precisar tratamiento diferente al de la depresión unipolar debido a que en la primera los antidepresivos pueden ser ineficaces y desencadenar el riesgo de una evolución a la hipomanía (y el desencadenamiento de ciclos rápidos). Si bien esto podría ser un razonamiento importante para distinguir la depresión bipolar de la depresión unipolar, es conveniente una valoración crítica de la bibliografía disponible.

En primer lugar ¿son ineficaces los antidepresivos en la depresión bipolar? En comparación con cerca de 1.500 estudios randomizados comparativos (RCT) sobre los antidepresivos en la depresión unipolar, hay alrededor de 15 RCT en torno a la depresión bipolar y sólo cuatro de ellos superaron 50 pacientes por grupo de tratamiento. Por tanto, la principal conclusión es que, en comparación con la depresión unipolar, la depresión bipolar está muy infraestudiada (1). No obstante, en un metanálisis, los antidepresivos como grupo al parecer resultaron eficaces (1). De los cuatro estudios más extensos, dos comunicaron resultados positivos. El primer estudio demostró que la combinación de fluoxetina y olanzapina era más eficaz que placebo más olanzapina (2). En el segundo estudio se comunicaron tasas de respuesta de 50% a 60% cuando se añadió sertralina, bupropión o venlafaxina a un tratamiento de fondo con estabilizadores afectivos (3). La limitación de este estudio fue la falta de un grupo que recibiese placebo. Por otra parte, en un tercer estudio, la paroxetina no fue más eficaz que el placebo, en tanto que dos dosis de quetiapina (300 y 600 mg/día) lograron resultados diferentes a los obtenidos con placebo (4). Por último, en el estudio STEP-BD, la sertralina o el bupropión como fármacos añadidos al tratamiento de fondo con (entre otros fármacos) litio o valproato no resultó más eficaz que el añadir placebo (5). Aunque este es el estudio más extenso en el que se haya investigado la eficacia de los antidepresivos en la depresión bipolar, tiene limitaciones metodológicas importantes (p. ej., a los pacientes se les permitió continuar con otro antidepresivo durante las primeras dos semanas del estudio; también podían utilizar otros fármacos con un efecto antidepresivo, tales como quetiapina, olanzapina y lamotrigina; 69% de los pacientes participaron al mismo tiempo en un estudio en que se compararon tres formas diferentes de psicoterapia con el tratamiento habitual. Resulta claro que la conclusión de que los antidepresivos no son eficaces no se puede establecer basándose en este estudio. Mi conclusión global es que, debido a la falta de RCT bien diseñados, sólo podemos señalar que hasta el momento no se ha demostrado que los antidepresivos sean eficaces en la depresión bipolar.

En segundo lugar, ¿producen los antidepresivos una conversión hacia la hipomanía y los ciclos rápidos? En nuestro metanálisis (1) no observamos que en el tratamiento agudo de la depresión bipolar los antidepresivos se asociasen con más frecuencia a una conversión en hipomanía que el placebo. Sin embargo, en todos los estudios en que se compararon diferentes antidepresivos, los grupos de tratamiento con un tricíclico (ATC) se relacionaron con más riesgo de conversión en hipomanía que los grupos que recibieron tratamiento con otros antidepresivos, lo que indica que la ATC tienen más riesgo de producir la conversión. Por lo que respecta al riesgo inherente al tratamiento antidepresivo a largo plazo, planteamos que hay una escasez de estudios aleatorizados y que todos los estudios disponibles adolecen de diversas formas de sesgo (6). No obstante, llegamos a la conclusión de que los antidepresivos en combinación con un estabilizador afectivo, al parecer no desencadenan una conversión en la hipomanía o la manía. Ghaemi et al (7) presentaron un metanálisis de siete RCT en los cuales se utilizaron antidepresivos durante un mínimo de seis meses. Tres de estos RCT (número total = 50) compararon los efectos de la monoterapia antidepresiva con placebo; cinco (número total = 246) compararon antidepresivos más un estabilizador afectivo con un estabilizador afectivo solo (o en combinación con placebo); y tres (número total = 108) compararon los antidepresivos solos con un estabilizador afectivo solo. En la mayoría de los estudios, el antidepresivo fue un antidepresivo tricíclico. Al combinar todos los RTC, los antidepresivos generaron un riesgo 27% significativamente más bajo de recidiva de depresión que el tratamiento de control sin un antidepresivo, pero también un riesgo 72% significativamente mayor de una recidiva maniaca. Sin embargo, en los RCT con un antidepresivo solo frente a placebo, el único resultado significativo

fue menos recidivas de depresión con el antidepresivo, en tanto que en los RCT con un antidepresivo solo frente a un estabilizador afectivo solo (litio), el único resultado significativo fue menos recidivas de manía con el litio. Por tanto, mi conclusión es que los antidepresivos protegen contra las recidivas de depresión en tanto que el litio no protege contra las recidivas de manía. Aún no se ha estudiado apropiadamente si los antidepresivos pueden acelerar la frecuencia de episodios o causar otras formas de desestabilización en los pacientes con trastorno bipolar.

En suma, no hay suficiente evidencia científica para llegar a la conclusión de que la depresión bipolar deba tratarse de manera diferente a la depresión unipolar. Específicamente en la depresión bipolar II, los antidepresivos todavía desempeñan un papel incluso en la monoterapia, como también lo recomiendan directrices recientes (8,9). Por tanto, la depresión bipolar I y la depresión unipolar debieran considerarse como los extremos de una gama, con delimitaciones arbitrarias y depresión bipolar de tipo II entre ellas.

Bibliografía

1. 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.
2. Tohen M, Vieta E, Calabrese J et al. Efficacy of olanzapine and olanzapine-fluoxetine combination in the treatment of bipolar I depression. Arch Gen Psychiatry 2003;60:1079-88.
3. Post RM, Altshuler LL, Leverich GS et al. Mood switch in bipolar depression: comparison of adjunctive venlafaxine, bupropion and sertraline. Br J Psychiatry 2006;189:124-31.
4. McElroy SL, Weisler RH, Chang W et al. A double-blind, placebo-controlled study of quetiapine and paroxetine as monotherapy in adults with bipolar depression (EMBOLDEN II). J Clin Psychiatry 2010;71:163-74.
5. Sachs GS, Nierenberg AA, Calabrese JR et al. Effectiveness of adjunctive antidepressant treatment for bipolar depression. N Engl J Med 2007;356:1711-22.
6. Licht RW, Gijsman H, Nolen WA et al. Are antidepressants safe in the treatment of bipolar depression? A critical evaluation of their potential risk to induce switch into mania or cycle acceleration. Acta Psychiatr Scand 2008;118:337-46.
7. Ghaemi SN, Wingo AP, Filkowski MA et al. Long-term antidepressant treatment in bipolar disorder: meta-analyses of benefits and risks. Acta Psychiatr Scand 2008;118:347-56.
8. Goodwin GM, Consensus Group. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition – Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol 2009;23:346-88.
9. Nolen WA, Kupka RW, Schulte PFJ et al. Richtlijn bipolaire stoornissen; Tweede, herziene versie 2008. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2008:54-8.

En el límite de la gama bipolar: ¿primacía de los síntomas afectivos sobre los psicóticos o viceversa?

Heinz Grunze

Institute of Neuroscience, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, UK

Hay que felicitar a Strakowski et al por este análisis muy completo y bien equilibrado de los pros y los contras en torno a la ampliación de los criterios diagnósticos para el trastorno bipolar. Señalan muy bien las posibles ventajas para los pacientes por lo demás tratados insuficientemente, pero también que, dada nuestra comprensión parcial de la base biológica, tal ampliación podría ser prematura en la investigación del tratamiento.

Hasta el momento, todavía nos resta mucho camino por delante si queremos definir grupos de trastorno mental mediante apuntalamientos genéticos o biomarcadores en común y es por ello que nos basamos en fenomenología y categorizaciones derivadas cuando llevamos a cabo investigaciones en torno al tratamiento. Y, en mi opinión, estas clasificaciones todavía precisan ser estrictas, fiables y en gran parte no modificables con el tiempo, hasta que encontremos mejores (y probadas) definiciones. Dadas las tasas crecientes de respuesta al placebo en estudios clínicos randomizados y la reducción subsiguiente de las diferencias entre fármaco y placebo, resulta cada vez más difícil identificar las ventajas específicas de un fármaco, por ejemplo, contra los síntomas maniacos centrales. El permitir, por ejemplo, incorporar a los pacientes en estudios cuya «manía» se manifieste solamente por agitación e irritabilidad puede dar origen a un gran número de individuos con manifestaciones maniformes que de hecho estén relacionadas con el uso de drogas o con la personalidad. Como una consecuencia, no esperaríamos que un fármaco fuese diferente del placebo a menos que probablemente tenga un componente sedante importante, pero ¿debiéramos valorar éste como un fármaco antimaniaco verdadero y específico?

Strakowski et al también ponen muy en claro que el trastorno bipolar tiene una enorme imbricación de síntomas y manifestaciones con otros trastornos mentales mayores. Además de la zona gris que divide (o no divide) al trastorno bipolar de otros estados emocionales más generalizados, una duda fascinante es la relación del trastorno bipolar y la esquizofrenia. Como lo señalan Strakowski et al, una tendencia en el futuro podría estar «basada en consideraciones de factores de riesgo y de historia clínica, que el trastorno bipolar se clasifique con la esquizofrenia en el agrupamiento psicótico mejor que con la depresión unipolar en un agrupamiento emocional». Sin embargo, ¿Cuán valida es la observación clínica de que los síntomas psicóticos constituyen la base de un agrupamiento categórico y que no tienen más probabilidades de ser subsidiarios de los procesos emocionales?

En retrospectiva, por muchos decenios el trastorno bipolar ha sido un huérfano de la psiquiatría, en tanto que la esquizofrenia se consideró la dificultad más importante. A principios del último siglo, todavía se aceptaba bien que todos los síntomas psicóticos se originan en la pérdida de la regulación afectiva (1). En el campo pos—kraepeliniano, los hábitos diagnósticos continuamente se desviaban hacia la esquizofrenia, poniendo más peso a los síntomas psicóticos que a los afectivos. Schneider, sucesor de Kraepelin, informa que la proporción de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia frente a ciclotimia en el Hospital de Munich entre 1934 y 1936 fue superior a 5:1, en tanto que en el mismo departamento, 35 años antes, Kraepelin había señalado que 10% a 15% de los ingresos hospitalarios eran por enfermedad maniaca depresiva (2). Si bien era difícil descuidar la existencia evidente de la depresión (unipolar), el trastorno bipolar se reducía casi a una in-

significancia clínica (y de investigación). Esta tendencia a sobrediagnosticar esquizofrenia a expensas del trastorno bipolar continuó bastante a finales de la década de los 70 (3).

Ahora el péndulo parece oscilar de nuevo hacia el otro extremo. Lake y Hurwitz (4) cuestionaron la validez del diagnóstico de esquizofrenia, postulando que una sola enfermedad, un trastorno afectivo con una amplia gama de gravedad, contribuye a las psicosis funcionales. En comparación con la esquizofrenia, y pese a todas las limitaciones, los criterios diagnósticos para el trastorno bipolar pueden tener una mejor validez (5). Los síntomas de primer orden schneiderianos no son exclusivos de la esquizofrenia; también se presentan en algunos pacientes bipolares (6), aunque pueden ser más frecuentes y más graves en pacientes con esquizofrenia que con trastorno bipolar. Los esquizofrénicos con síntomas de primer orden durante la fase aguda tienen más posibilidades de tener un pronóstico a largo plazo más desfavorable que los que no tienen estos síntomas. Sin embargo, lo mismo es aplicable también a los pacientes bipolares que muestran síntomas de primer orden (7).

No obstante, lo que realmente importa al final es de qué manera podemos mejorar la vida de nuestro paciente bipolar. Strakowski et al ponen en claro que el análisis categórico frente al de la gama no es uno académico en una torre de marfil, sino que tiene importancia clínica. «Las personas con trastorno bipolar son identificadas en la población general para asignarles tratamientos que alivien su padecimiento (es decir, los síntomas) en condiciones ideales a través de directrices terapéuticas basadas en evidencia científicas obtenidas de estudios previos de individuos similares.

Bibliografía

1. Specht G. Chronische Manie und Paranoia. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1905;16:590-7.
2. Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Leipzig: Barth, 1899.
3. Pope HG, Jr., Lipinski JF, Jr. Diagnosis in schizophrenia and manic-depressive illness: a reassessment of the specificity of 'schizophrenic' symptoms in the light of current research. Arch Gen Psychiatry 1978;35:811-28.
4. Lake CR, Hurwitz N. Schizoaffective disorders are psychotic mood disorders; there are no schizoaffective disorders. Psychiatry Res 2006;143:255-87.
5. Lake CR, Hurwitz N. Schizoaffective disorder merges schizophrenia and bipolar disorders as one disease – there is no schizoaffective disorder. Curr Opin Psychiatry 2007;20:365-79.
6. Rosen C, Grossman LS, Harrow M et al. Diagnostic and prognostic significance of Schneiderian first rank symptoms: a 20-year longitudinal study of schizophrenia and bipolar disorder. Compr Psychiatry 2011;52:126-31.
7. Conus P, Abdel-Baki A, Harrigan S et al. Schneiderian first rank symptoms predict poor outcome within first episode manic psychosis. J Affect Disord 2004;81:259-68.

Es necesaria una renovación de la psiquiatría

Tadafumi Kato

Laboratory for Molecular Dynamics of Mental Disorders, Brain Science Institute, Wako, Saitama, Japan

Strakowski et al analizan a conciencia las ventajas y los riesgos de ampliar el concepto diagnóstico de trastorno bipolar, desde las perspectivas del tratamiento y la investigación. Su conclusión de que es prematuro ampliar los criterios diagnósticos del trastorno bipolar antes de identificar una causa común a los trastornos de la gama bipolar es muy aceptable.

Es teóricamente evidente que los pacientes en los que actualmente se está estableciendo un diagnóstico de «depresión mayor» comprenden los que presentarán trastorno bipolar a una edad más avanzada. Sin embargo, no es posible identificarlos mediante entrevistas clínicas. Sólo después que se descubra la base neurobiológica del trastorno bipolar y sea factible una identificación in vivo de tal firma neurobiológica será posible diagnosticar de manera fiable el trastorno bipolar potencial en los pacientes deprimidos. Si establecemos un diagnóstico de trastorno de la gama bipolar basándonos sólo en la entrevista clínica, no se pueden evitar los resultados positivos falsos. En algunos pacientes podría ser útil un diagnóstico correcto de trastorno bipolar potencial, pero a otros se les establecerá un diagnóstico erróneo y recibirán un tratamiento inadecuado.

En tiempos recientes, los estudios familiares y de asociación de todo el genoma han demostrado que el trastorno bipolar y la esquizofrenia comparten algún fondo genético común. El riesgo de esquizofrenia aumenta en los familiares de primer grado de probandos con trastorno bipolar y el riesgo de trastorno bipolar aumenta en familiares de primer grado de probandos con esquizofrenia, con riesgos relativos de entre 2,4 y 5,2 (1). En el estudio realizado por el Consorcio Internacional de Esquizofrenia, se señaló la afectación de millares de alelos comunes de efectos muy pequeños en la esquizofrenia. Se demostró que este componente poligénico también contribuye al riesgo de trastorno bipolar (2). Este hallazgo al parecer respalda la idea de un proceso continuo entre estos dos trastornos. Sin embargo, hay que hacer notar que en el 7% de los pacientes con esquizofrenia también se estableció un diagnóstico de trastorno bipolar en el primer estudio. ¿«Podemos distinguir entre la existencia de una alteración patológica común entre estos dos trastornos» y «la dificultad para el diagnóstico diferencial de estos dos trastornos» utilizando los esquemas de investigación actualmente disponibles? Si relajamos los límites diagnósticos basándonos en la interpretación de que estos trastornos comparten alteraciones patológicas comunes, la investigación futura padecerá la falta de validez clínica adecuada. Si desmembramos la psicosis y combinamos estos dos trastornos, sólo regresaremos al caos previo a Kraepelin.

Los psiquiatras hemos estado tratando de distinguir los trastornos mentales basándonos en entrevistas clínicas desde la época de Kraepelin. Después de un considerable esfuerzo, nos percatamos ahora de que nuestros criterios diagnósticos no son perfectos. Puesto que hay escasos avances en el diagnóstico psiquiátrico en el último siglo, el refinamiento del DSM sólo puede lograr una mejora moderada, en el mejor de los casos. Para refinar más el diagnóstico psiquiátrico, la única forma es establecer una nueva clasificación de enfermedades basada en las características neurobiológicas de cada trastorno mental. En un estudio reciente de 153 cerebros de ancianos no dementes se comunicó que los pacientes en los que se establecía un diagnóstico de depresión durante su vida mediante una entrevista mostraban más cuerpos de Lewy en

el locus ceruleus. Al mismo tiempo, los ovillos neurofibrilares también se observaban con más frecuencia en esta región (3). ¿Podemos distinguir la depresión en las etapas iniciales de la enfermedad con cuerpos de Lewy difusos o enfermedad de Alzheimer de la depresión sin alteraciones neuropatológicas sólo mediante entrevistas clínicas? Como psiquiatras debemos tener en cuenta que no podemos identificar «enfermedades» sólo mediante las entrevistas. Lo que estamos haciendo ahora es algo muy parecido a tratar de diagnosticar diabetes mellitus sin determinar la glucemia.

La medicina fundamentalmente se basa en la patología. La psiquiatría también debiera basarse en la patología más que en la psicología. Cuando el concepto de la enfermedad de Alzheimer se estableció hace más de 100 años, había escasos métodos de tinción, como la tinción argéntica y la de Nissl. Después de un siglo, hemos determinado la secuencia de todo el genoma humano y podemos teñir centenares de miles de moléculas del cerebro mediante hibridación in situ de mRNA o inmunohistoquímica. Todas los recursos tecnológicos que necesitamos para refinar la psiquiatría ya están establecidos. Lo que debiéramos hacer es estudiar la base neurobiológica de los trastornos mentales utilizando tecnologías actualizadas y dar origen a la renovación en psiquiatría.

Bibliografía

1. Lichtenstein P, Yip BH, Bjork C et al. Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study. Lancet 2009;373:234-9.
2. Purcell SM, Wray NR, Stone JL et al. Common polygenic variation contributes to risk of schizophrenia and bipolar disorder. Nature 2009;460:748-52.
3. Tsopelas C, Stewart R, Savva GM et al. Neuropathological correlates of late-life depression in older people. Br J Psychiatry 2011;198:109-14.

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

La experiencia del yo en las fases tempranas de la esquizofrenia: seguimiento a cinco años del estudio prodrómico de Copenhague

Josef Parnas[1,2], Andrea Raballo[1,2,3], Peter Handest[2], Lennart Jansson[2], Anne Vollmer-Larsen[2], Ditte Sæbye[4]

[1]Danish National Research Foundation: Center for Subjectivity Research, University of Copenhagen, Njalsgade 140-142, DK-2300 Copenhagen S, Denmark; [2]Mental Health Center Hvidovre, University of Copenhagen, Denmark; [3]Department of Mental Health, Local Health Unit, Reggio Emilia, Italy; [4]Institute of Preventive Medicine, Copenhagen Hospital Corporation, Copenhagen, Denmark

Pese a la avalancha de datos empíricos en torno a trastornos prodrómicos «con riesgo», siguen sin abordarse en gran parte los aspectos esenciales de la vulnerabilidad para la gama de la esquizofrenia. Comunicamos aquí los resultados del Estudio Prodrómico de la Esquizofrenia de Copenhague, un estudio prospectivo, de observación de pacientes de primer ingreso en un estado putativo de psicosis inicial (N = 151) con una duración de seguimiento de 60 meses. En el seguimiento, la tasa de conversión al diagnóstico de la gama de la esquizofrenia fue del 37%, en tanto que la tasa de conversión del trastorno esquizotípico a la esquizofrenia fue de un 25%. Los altos grados de perplejidad y calificaciones iniciales de trastorno del yo generaron la mejor previsión de la aparición subsiguiente de trastornos de la gama de la esquizofrenia. Las transiciones progresivas dentro de la gama (es decir, del trastorno esquizotípico a la esquizofrenia) no se relacionaba con ningún factor pronóstico putativo de algún trastorno psicopatológico.

Palabras clave: Gama de la esquizofrenia, trastorno esquizotípico, psicosis, estabilidad diagnóstica, pródromo, vulnerabilidad, experiencia subjetiva anómala.

(World Psychiatry 2011;10:200-204)

En la mayor parte del mundo occidental se están implementando diversos proyectos enfocados en la identificación previa al inicio y al tratamiento temprano de la esquizofrenia y otras psicosis, basándose en la suposición de que la enfermedad no tratada se vuelve más crónica, socialmente invalidante y resistente a tratamiento (1-4). En este contexto, las anomalías cualitativas sutiles (no psicóticas) de la experiencia subjetiva (tales como los trastornos del afecto, la percepción, la experiencia corporal, la cognición, la volición y la acción) han recuperado el estado de precursores potenciales de la esquizofrenia y se han propuesto subgrupos específicos de estas anomalías (p. ej., síntomas básicos con riesgo) para los fines pragmáticos de la detección temprana (5-9).

Nuestro programa de investigación, en continuidad con los estudios de alto riesgo, de adopción y de vinculación de Copenhague (10-16), se enfoca en las manifestaciones de rasgo características del centro típico de esquizofrenia (17-19). Hemos estudiado en concreto algunas alteraciones de la experiencia esencial del yo (es decir, trastornos del yo). Estas comprenden un sentido inestable de la autopresencia y de la perspectiva en primera persona, una falta de sentido básico de autoidentidad, alteraciones de la fluidez tácita del campo de conciencia, hiperreflexibilidad y perplejidad, es decir, una dificultad perenne en captar significados conocidos y darlos por sentado (19-21). Las alteraciones del yo no se consideran una constelación sintomática contingente, sino más bien expresan distorsiones de la subjetividad similares a rasgos profundos persistentes, que articulan modos específicos, no psicóticos de las experiencias (es decir, cambios de la presentación cualitativa en primera persona de la experiencia) (19,20).

Nuestro primer estudio empírico sobre las alteraciones del yo (9) se basó en entrevistas exploradoras de 19 pacientes de primer ingreso con el diagnóstico de un trastorno de la gama de la esquizofrenia y fue respaldado por un estudio similar realizado en Noruega (8). Quisimos reproducir estos hallazgos en un estudio prospectivo sistemático de pacientes consecutivos ingresados por primera vez. El propósito fue valorar las anomalías de la experiencia subjetiva (incluidas las alteraciones del yo) y su relación longitudinal con los trastornos de la gama de la esquizofrenia. Además, nuestro objetivo fue explorar la estabilidad diagnóstica de la gama de la esquizofrenia (durante un periodo de observación de cinco años) e identificar posibles factores clínicos—psicopatológicos para prever la espiral diagnóstica dentro de la gama (trastorno esquizotípico con transición a la esquizofrenia) y hacia la espiral diagnóstica de la gama (es decir casos nuevos de la gama de la esquizofrenia, fuese trastorno esquizotípico o esquizofrenia).

MÉTODOS

La muestra consistió en 155 pacientes de primer ingreso de < 40 años de edad remitidos en forma consecutiva al University Psychiatric Center Hvidovre, durante el periodo del 1 de septiembre de 1998 al 1 de septiembre de 2000. El centro psiquiátrico atiende a un contingente de aproximadamente 130.000 habitantes, que radican en la ciudad de Copenhague.

Los criterios de exclusión comprendieron un diagnóstico de melancolía, trastorno bipolar o trastorno cerebral orgánico, abuso de sustancias primario o clínicamente dominante, condición de paciente involuntario o forense. Primeramente se entrevistaron a los pacientes agresivos gravemente psicóticos después de la estabilización inicial.

Los pacientes participaron tras un consentimiento informado por escrito. Cuatro de ellos finalmente se excluyeron debido a que se les diagnosticó un trastorno psiquiátrico orgánico no detectado en la incorporación, por lo que quedó un total de 151 sujetos.

Al inicio, se valoró a los pacientes mediante una entrevista semiestructurada que comprendía antecedentes psicosociales y

familiares globales (incluida la información del segundo informante, anamnesia psicopatológica y valoración psicodiagnóstica con una exploración fenomenológica de experiencias subjetivas anómalas (22,23). Se exploraron éstas mediante la Escala de Bonn para la Valoración de los Síntomas Básicos (BSABS) (24), expandida con apartados adicionales referentes a la experiencia del yo (23). Todas las entrevistas fueron realizadas por un psiquiatra consultivo con considerable experiencia en entrevistas para investigación, quien fue capacitado en el empleo de BSABS por el grupo de Huber-Klosterkötter en Alemania. Con base en toda la información, el entrevistador asignó un diagnóstico para la investigación operacional basado en la ICD-10 después del análisis del caso con otro profesional clínico experimentado.

Cinco años después, se localizó la muestra a través de un registro personal nacional (25) y se les invitó a participar tras el consentimiento por escrito. La revaloración, con enmascaramiento en cuanto a la información obtenida en la valoración inicial, repitió todos los componentes de la entrevista inicial (22,23). En breve, éstos incluyeron la lista de cotejo de OPCRIT (26), la BSABS (24), la Escala de Síndromes Positivos y Negativos (PANSS) (27) y la Escala de Gravedad de Factores Psicosociales estresantes del DSM-III-R (28). Las características expresivas (p. ej., modulación del afecto, cualidad del contacto, mirada, estereotipos, manerismos, desorganización y trastorno del lenguaje) se codificaron en los apartados sobre el estado mental, elaborados y utilizados en el Estudio de Ato riesgo de Copenhague (13) y en el Estudio de Vinculación de Copenhague (29,30). La entrevistadora que realizó la revaloración fue una psiquiatra consultiva con experiencia en investigación. Asignó un diagnóstico de investigación de la ICD-10 en una conferencia de cada caso con otro psiquiatra clínico experimentado, quien revisó el material de la historia clínica y estuvo presente durante las entrevistas con el paciente. Los diagnósticos de revaloración abarcaron el curso de la vida y se basaban sólo en la entrevista de seguimiento y el material del expediente.

Durante el periodo de seguimiento los pacientes cumplieron sus tratamientos individuales dirigidos por los profesionales clínicos encargados. Por consiguiente, las modalidades del tratamiento y su eficacia no fueron parte del estudio. Se llevó a cabo una valoración de fiabilidad entre los evaluadores es decir, entre los dos psiquiatras que participaron en la entrevista, para verificar todos los instrumentos del estudio, y se demostraron fiabilidades excelentes. Por ejemplo, en la sección relativa a anomalías de la experiencia subjetiva, de 41 apartados que abordaban la perplejidad, los trastornos del yo y los trastornos de la percepción, 16 tenían un valor de la kappa muy satisfactorio (es decir, por arriba de 0,81), 20 un valor de la kappa insatisfactorio (es decir, entre 0,61 y 0,80), cuatro tenían un valor de kappa moderado (es decir, entre 0,41 y 0,60) y uno (diplopía/visión oblicua) un valor de la kappa regular.

Los diagnósticos se agruparon en tres categorías principales: grupo 1 con esquizofrenia/todos psicosis no afectiva, no orgánica; grupo 2 con trastorno esquizotípico; y grupo 3, una categoría diversa que contenía todos los demás trastornos ajenos a la gama de la esquizofrenia (es decir, trastorno por pánico, depresión mayor, trastorno obsesivo-compulsivo).

Adoptamos un enfoque dimensional para caracterizar el perfil psicopatológico en cuanto a síntomas diagnósticos principales (es decir, trastorno de pensamiento positivo, negativo, formal, afectivo-ansioso) y experiencias subjetivas anómalas. Estas experiencias se agruparon en tres escalas a priori: perplejidad, trastornos del yo, trastornos de la percepción. En suma, «perplejidad» hace referencia a un sentido de falta de inmersión en el mundo, falta de captación espontánea de los significados de sentido común, confusión y alienación; «los trastornos del yo designan anomalías de la autoconciencia prerreflexiva, es decir, el sentido tácito de existir como un sujeto que autocoincide en experiencia y acción; «trastornos de la percepción» abarca una amplia gama de anomalías de la percepción no psicóticas (principalmente visuales-acústicas).

Se utilizó la versión SAS 9.1 con enfoques paramétricos y no paramétricos y unifactoriales y multifactoriales. Las transiciones diagnósticas se registraron en una gráfica. Los factores pronósticos de las transiciones diagnósticas de gravedad progresiva (es decir, dentro de la gama desde el trastorno esquizotípico hasta la esquizofrenia, y hacia la gama desde otros diagnósticos hasta el trastorno esquizotípico o la esquizofrenia) fueron ponderados según la regresión logística binaria.

RESULTADOS

En la tabla 1 se comunican las características iniciales sociodemográficas, clínicas y psicopatológicas. Si bien las calificaciones en la PANSS disminuyeron linealmente desde la esquizofrenia hasta los trastornos que no eran de la gama (ocupando el trastorno esquizotípico una posición intermedia), no

Tabla 1. Características iniciales de los subgrupos diagnósticos: características sociodemográficas y psicopatológicas

	Esquizofrenia /psicosis (N = 51)	Trastorno esquizotípico (N = 50)	Otros trastornos psiquiátricos (N = 50)	P
Edad en la incorporación (media ± DE)	25,3±5,0	24,6±4,4	26,2±4,6	0,183
Hombres/mujeres	26/25	14/36	17/33	0,059
Edad de inicio de la enfermedad (años, media ± DE)	20,9±6,3	17,5±5,2	18,7±6,0	0,028
Duración de la enfermedad (meses, media ± DE)	54,6±59,2	84,4±60,9	90,8±77,7	0,008
Duración de la psicosis no tratada (meses, media ± DE)	27,3±42,9	-	-	-
Síntomas positivos en PANSS (media ± DE)	19,06±5,8	11,9±3,1	9,1±2,3	<0,0001
Síntomas negativos en PANSS (media ± DE)	16,95±6,06	13,3±4,0	9,7±3,3	<0,0001
Trastornos del pensamiento formal (media ± DE)	4,31±3,07	2,8±2,3	1,0±1,5	<0,0001
Ansiedad y síntomas afectivos (media ± DE)	5,91±3,60	8,6±3,2	7,8±3,3	0,0003
Perplejidad (media ± DE)	5,27±4,39	5,63±3,3	2,4±3,1	<0,0001
Trastornos del yo (media ± DE)	9,59±6,11	9,4±4,8	4,2±4,2	<0,0001
Trastornos de la percepción (media ± DE)	2,99±3,41	2,6±3,0	1,0±1,5	0,0008

PANSS, escala de síndromes positivos y negativos.
Prueba estadística: Kruskal-Wallis (ANOVA no paramétrico) o $\chi 2$ cuando fue apropiado.

fue éste el caso para las experiencias subjetivas anómalas (la esquizofrenia y el trastorno esquizotípico tuvieron calificaciones equivalentes, las cuales fueron notablemente más altas que las de los trastornos que no eran de la gama).

Se obtuvo la entrevista de revaloración completa entrevistando directamente a 99 pacientes (64%). Cuatro pacientes (3%) se rehusaron a la entrevista personal pero la aceptaron por teléfono. Diecinueve pacientes se rehusaron (12%) pero fue posible su seguimiento y se revaloraron mediante material gráfico durante todo el periodo de cinco años. Por consiguiente, de la muestra inicial de 151 pacientes, en 121 (80%) se pudo revalorar el diagnóstico. No hubo diferencias en edad, género sexual o formación educativa entre los grupos entrevistados y no entrevistados. Los grupos no fueron diferentes por lo que respecta al diagnóstico en la valoración inicial. Sin embargo, los pacientes no entrevistados con más frecuencia comunicaron abuso de sustancias en la valoración inicial (p = 0,02). Para los pacientes reentrevistados personalmente, la media y la mediana de los periodos de seguimiento fueron 1889 y 1811 días, respectivamente (alrededor de cinco años; intervalo: 1334 a 2571 días).

La tabla 2 y la figura 1 muestran los cambios diagnósticos durante el periodo de seguimiento de cinco años. El valor global de la kappa del acuerdo para los tres agrupamientos diagnósticos en las valoraciones inicial y la de seguimiento es 0,64, lo que refleja una estabilidad bastante acentuada.

Dentro del grupo 1, en cinco pacientes que al principio tenían un diagnóstico de psicosis aguda no afectiva, se estableció otro diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Sólo tres pacientes se excluyeron del grupo 1: en uno, al que originalmente se le diagnosticó esquizofrenia hebefrénica, se rediagnosticó un trastorno esquizotípico; en otro paciente con psicosis aguda no afectiva se modificó el diagnóstico a trastorno bipolar; en un tercer paciente con esquizofrenia se rediagnosticó una depresión psicótica. Por consiguiente, de los 43 que originalmente estaban en el grupo 1, 40 todavía permanecieron en el mismo en el seguimiento (93%).

El grupo 2 también manifestó una estabilidad relativa del diagnóstico. A 10 pacientes esquizotípicos (25%) se les rediagnosticó esquizofrenia cinco años después, a uno se le rediagnosticó trastorno afectivo (depresión) y a otro un trastorno límite de la personalidad (de ahí que solo 5% salieron de la gama de la esquizofrenia).

Del grupo 3, a dos pacientes (que originalmente tenían un diagnóstico de trastorno de la personalidad mixto y trastorno límite de la personalidad) se les rediagnosticó esquizofrenia. A 12 adicionales (que al principio tenían diagnóstico de depresión, = 3, o trastorno mixto, límite o inespecífico de la personalidad, n = 9) se les rediagnosticó trastorno esquizotípico.

Los pacientes esquizotípicos a los que se rediagnosticó esquizofrenia fueron un 25% del grupo original. El análisis de regresión logística para comparar a estos pacientes y los otros 30 en los que no se modificó el diagnóstico no reveló ninguna influencia importante de alguna variable inicial (es decir, edad, género sexual, dimensiones psicopatológicas, experiencia subjetiva anómala, número total de criterios esquizotípicos individuales).

En total, en el seguimiento se diagnosticaron 14 casos nuevos con un trastorno de la gama de la esquizofrenia. El análisis de regresión logística (para comparar estos 14 individuos con los restantes del grupo 3) reveló que las calificaciones iniciales altas en los trastornos del yo y la perplejidad pronosticaron una evolución subsiguiente del trastorno de la gama de la esquizofrenia (trastornos del yo; p exacta de Fisher = 0,003, OR = 12,00; IC del 95%: 2,15 a 67,07; perplejidad: prueba exacta de Fisher p = 0,02; OR = 6,11; IC del 95%: 1,34 a 27,96). Las medidas en la PANSS no tuvieron valor diagnóstico y la transición no se relacionó con el género sexual ni con la edad (tabla 3).

Tabla 2. Cambios en los diagnósticos en el curso de la vida desde la inclusión hasta el seguimiento

	INICIAL			
	Esquizofrenia /psicosis	**Trastorno esquizotípico**	**Otras enfermedades psiquiátricas**	**Número total**
Esquizofrenia /psicosis	40	10	2	52
Trastorno esquizotípico	1	28	12	41
Otras enfermedades psiquiátricas	2	2	24	28
Número total	43	40	38	121
Deserciones	8	10	12	30

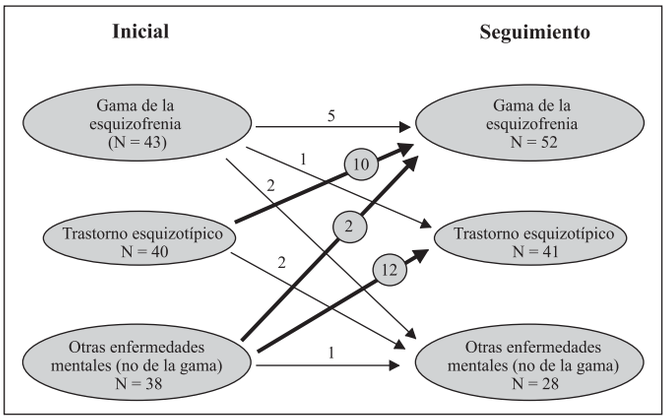

Figura 1. Flujos diagnósticos.

DISCUSION

La partición diagnóstica pragmática basada en esquizofrenia/psicosis no afectiva, trastorno esquizotípico y otras enfermedades psicóticas según la ICD-10 reveló una estabilidad alta en el curso de cinco años (kappa = 0,64). La estabilidad fue más alta para el diagnóstico de esquizofrenia (93%) que para el trastorno esquizotípico (70%) y la categoría diagnóstica diversa «otras enfermedades psiquiátricas» (63%).

A una cuarta parte de los pacientes esquizotípicos se les rediagnosticó esquizofrenia en el seguimiento. Sin embargo, ninguna de las variables sociodemográficas o psicopatológicas iniciales (incluido el número y la frecuencia de criterios esquizotípicos individuales) pronosticó este desenlace. Esto indica que estos dos fenotipos de la gama (trastorno esquizotípico y esquizofrenia) son más diferentes en grado que en clase. En concreto, el trastorno esquizotípico al parecer es un trastorno subpsicótico, en muchos aspectos similar a la esquizofrenia. La categoría del trastorno esquizotípico en la ICD-10 parece diagnosticar casos clínicos graves que no cumplen completamente los criterios para la esquizofrenia. Estos casos con rediagnóstico prospectivo de esquizofrenia al parecer cruzan la frontera, en algún momento de su evolución clínica, por una intensificación contingente de

Table 3.

	Conversión diagnóstica a la gama		Número de conversiones diagnósticas				
	Calificación alta (N)	Calificación baja (N)	Calificación alta (N)	Calificación baja (N)	p	OR[a]	IC del 95%
Dimensiones de síntomas							
Síntomas positivos en PANSS	8	6	13	11	1.00	1.13	0.30-4.26
Síntomas negativos en PANSS	9	5	16	8	1.00	0.90	0.23-3.59
Trastorno del pensamiento formal	8	6	10	14	0.50	1.87	0.49-7.08
Síntomas de ansiedad y afectivos	10	4	11	13	0.18	2.95	0.72-12.11
Experiencias subjetivas anómalas							
Perplejidad	11	3	9	15	0.02	6.11	1.34-27.96
Trastornos del yo	12	2	8	16	0.003	12.00	2.15-67.07
Trastornos de la percepción	8	6	8	16	0.19	2.67	0.69-10.36
	26 a 38 años (N)	19 a 25 años (N)	26 a 38 años (N)	19 a 25 años (N)		OR[b]	
Edad en la incorporación	6	8	15	9	0.32	0.45	0.12-1.72
	Hombres (N)	Mujeres (N)	Hombres (N)	Mujeres (N)		OR[c]	
Género sexual	5	9	8	16	1.00	0.90	0.23-3.59

Los resultados significativos se muestran en negrita; valor de la p de la prueba exacta de Fisher para la independencia entre el cambio/persistencia del diagnóstico y calificación alta/baja.
ORa, oportunidades relativas si la calificación en la escala es alta; ORb, oportunidades relativas si la edad es de 26 a 28 años; ORc, oportunidades relativas si el género sexual es femenino.

alguno u otro síntoma (p. ej., del afecto contenido al de indiferencia, de los pensamientos experimentados en lo privado a los accesibles audiblemente al público). Tales consideraciones son coherentes con los hallazgos recientes del estudio NAPLS, en que se redescubre el trastorno por personalidad esquizotípica (DSM-IV) como un posible «síndrome de riesgo independiente para la psicosis» (31) y otro estudio danés (OPUS), que comunicó tasas de conversión diagnóstica equivalentes del trastorno esquizotípico a la esquizofrenia según la ICD-10 (32).

En más de una tercera parte de las personas que al inicio tenían un diagnóstico que no era de la gama, cinco años después se estableció un diagnóstico dentro de la gama de la esquizofrenia. Por el contrario, en sólo un 5% de los sujetos que originalmente se asignaron a la gama de la esquizofrenia, en el seguimiento se hizo un nuevo diagnóstico fuera de esa categoría. Con respecto a los nuevos casos de la gama de la esquizofrenia, la comparación con los individuos que permanecieron en el grupo inicial indicó dos agrupamientos de experiencias subjetivas anómalas que previeron la transición diagnóstica: trastornos del yo y perplejidad. Ninguna de las calificaciones en la PANSS se relacionó con un incremento del riesgo de transición. En general, esto indica que los trastornos del yo y la perplejidad captan características bastante esenciales de la propensión en la gama entre los fenotipos clínicos. Esto es compatible con las evidencias convergentes de otros estudios cuantitativos (16,33,34) y cualicuantitativos (8,9,35).

Los resultados del estudio deben tomarse en cuenta con algunas limitaciones contextuales. La muestra se basó en remisiones a una unidad de pacientes hospitalizados. De ahí que el umbral de «casos» (gravedad) para las remisiones probablemente sea mayor que el relativo a los ingresos a servicios externos. Por tanto, las características de la muestra podrían tener una posibilidad de generalización limitada a los sistemas de salud mental con servicios de psiquiatría fácilmente accesibles para pacientes externos ricos. Por otra parte, adoptamos la estabilidad diagnóstica y la transición dentro de las categorías de la ICD-10 como variables del desenlace. En concreto, los nuevos casos de diagnóstico de la gama de la esquizofrenia («transición a la gama de la esquizofrenia») constituyen un concepto clínica y conceptualmente diferente al de la «transición a la psicosis» que es el resultado típico en la investigación prodrómica/de riesgo ultraelevado (en la que el umbral para la psicosis se concibe como un umbral de gravedad cuantitativamente definido de posibles síntomas psicóticos) (36). Por último, la recolección de los datos está basada en dos nodos cronológicos —inicial y revaloración a cinco años— y por tanto no es adecuada para el seguimiento en un periodo más exacto de las transiciones relacionadas con las recaídas y el posible reingreso. En este sentido, es preciso hacer hincapié que si bien la valoración inicial se relacionó con las remisiones consecutivas y, por tanto, coincidió con los estados psicopatológicos graves y agudos, este no fue el caso para la revaloración a intervalos de cinco años, que es un punto arbitrario en la evolución natural de la enfermedad (37).

CONCLUSIÓN

En conclusión, nuestros resultados indican que determinadas experiencias subjetivas anómalas similares a rasgos, sobre todo los trastornos del yo y la perplejidad, podrían ser indicadores pronósticos importantes para identificar (en personas recién ingresadas) a las que tienen rasgos de vulnerabilidad para un trastorno de la gama de la esquizofrenia. Es decisivo que ninguna de las dimensiones psicopatológicas canónicas que suelen tomarse en cuenta como una norma de valoración central de la sintomatología esquizotrópica (por ejemplo síntomas positivos, negativos, desorganizados) mostró alguna potencia previsiva. Los resultados también indican que alrededor de una cuarta parte de las configuraciones psicóticas de la gama de la esquizofrenia interceptada por el diagnóstico de trastorno esquizotípico según la ICD-10 se rediagnostican como esquizofrenia al cabo de cinco años. Esto indica que la definición de la esquizofrenia según la ICD-10 actual se basa en síntomas y signos establecidos con un grado muy alto de gravedad (y cronicidad). En consecuencia, en un contexto clínico, la categoría de trastorno esquizotípico comprende pacientes menos sintomáticos, subumbral, quienes según la ICD-8 se habrían diagnosticado como portadores de una esquizofrenia no paranoide o paranoide inicial (38-40).

Agradecimientos

Este estudio fue financiado por la Copenhagen Hospital Corporation, la European Union Marie-Curie RTN «DISCOS –Disorders and Coherence of the Embodied Self» y la University of Copenhagen.

Bibliografía

1. Cannon TD, Cornblatt B, McGorry P. The empirical status of the ultra high-risk (prodromal) research paradigm. Schizophr Bull 2007;33:661-4.
2. McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. World Psychiatry 2008;7:148-56.
3. Klosterkotter J, Ruhrmann S, Schultze-Lutter F et al. The European Prediction of Psychosis Study (EPOS): integrating early recognition and intervention in Europe. World Psychiatry 2005;4:161-7.
4. Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Klosterkotter J. Early detection of psychosis - establishing a service for persons at risk. Eur Psychiatry 2009;24:1-10.
5. Simon AE, Dvorsky DN, Boesch J et al. Defining subjects at risk for psychosis: a comparison of two approaches. Schizophr Res 2006;81:83-90.
6. Schultze-Lutter F. Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic: the basic symptom concept. Schizophr Bull 2009;35:5-8.
7. Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Salokangas RK et al. Prediction of psychosis in adolescents and young adults at high risk: results from the prospective European prediction of psychosis study. Arch Gen Psychiatry 2010;67:241-51.
8. Moller P, Husby R. The initial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. Schizophr Bull 2000;26:217-32.
9. Parnas J, Jansson L, Sass LA et al. Self-experience in the prodromal phases of schizophrenia. Neurol Psychiatry Brain Res 1998; 6:97-106.
10. Raballo A, Parnas J. The silent side of the spectrum: schizotypy and the schizotaxic self. Schizophr Bull (in press).
11. Jorgensen A, Teasdale TW, Parnas J et al. The Copenhagen High-Risk Project. The diagnosis of maternal schizophrenia and its relation to offspring diagnosis. Br J Psychiatry 1987;151:753-7.
12. Parnas J, Jorgensen A. Pre-morbid psychopathology in schizophrenia spectrum. Br J Psychiatry 1989;155:623-7.
13. Parnas J, Cannon TD, Jacobsen B et al. Lifetime DSM-III-R diagnostic outcomes in the offspring of schizophrenic mothers. Results from the Copenhagen High-Risk Study. Arch Gen Psychiatry 1993;50:707-14.
14. Mednick SA, Parnas J, Schulsinger F. The Copenhagen High-Risk Project, 1962-86. Schizophr Bull 1987;13:485-95.
15. Kety SS, Wender PH, Jacobsen B et al. Mental illness in the biological and adoptive relatives of schizophrenic adoptees. Replication of the Copenhagen Study in the rest of Denmark. Arch Gen Psychiatry 1994;51:442-55.
16. Raballo A, Saebye D, Parnas J. Looking at the schizophrenia spectrum through the prism of self-disorders: an empirical study. Schizophr Bull 2011;37:344-51.
17. Parnas J. From predisposition to psychosis: progression of symptoms in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 1999;99(Suppl. 395):20-9.
18. Parnas J. Genetics and psychopathology of spectrum phenotypes. Acta Psychiatr Scand 2000;101:413-5.
19. Parnas J, Bovet P, Zahavi D. Schizophrenic autism: clinical phenomenology and pathogenetic implications. World Psychiatry 2002;1:131-6.
20. Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. Schizophr Bull 2003;29:427-44.
21. Parnas J. The self and intentionality in the pre-psychotic stages of schizophrenia. A phenomenological study. In: Zahavi D (ed). Exploring the self. Philosophical and psychopathological perspectives on self-experience. Amsterdam: John Benjamins, 2000: 115-47.
22. Handest P, Parnas J. Clinical characteristics of first-admitted patients with ICD-10 schizotypal disorder. Br J Psychiatry 2005;187(Suppl. 48):s49-54.
23. Parnas J, Handest P, Jansson L et al. Anomalous subjective experience among first-admitted schizophrenia spectrum patients: empirical investigation. Psychopathology 2005;38:259-67.
24. Gross G, Huber G, Klosterkotter J et al. Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen. Berlin: Springer, 1987.
25. Munk-Jorgensen P, Najarraq LM, Bertelsen A. Use of ICD-10 diagnoses in Danish psychiatric hospital-based services in 2001-2007. World Psychiatry 2010;9:183-4.
26. McGuffin P, Farmer A, Harvey I. A polydiagnostic application of operational criteria in studies of psychotic illness. Development and reliability of the OPCRIT system. Arch Gen Psychiatry 1991;48:764-70.
27. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull 1987;13:261-76.
28. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed., rev. Washington: American Psychiatric Press, 1987.
29. Vaever MS, Licht DM, Moller L et al. Thinking within the spectrum: schizophrenic thought disorder in six Danish pedigrees. Schizophr Res 2005;72:137-49.
30. Matthysse S, Holzman PS, Gusella JF et al. Linkage of eye movement dysfunction to chromosome 6p in schizophrenia: additional evidence. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet 2004;128B:30-6.
31. Woods SW, Addington J, Cadenhead KS et al. Validity of the prodromal risk syndrome for first psychosis: findings from the North American Prodrome Longitudinal Study. Schizophr Bull 2009;35:894-908.
32. Nordentoft M, Thorup A, Petersen L et al. Transition rates from schizotypal disorder to psychotic disorder for first-contact patients included in the OPUS trial. A randomized clinical trial of integrated treatment and standard. Schizophr Res 2006; 83:29-40.
33. Parnas J, Handest P, Saebye D et al. Anomalies of subjective experience in schizophrenia and psychotic bipolar illness. Acta Psychiatr Scand 2003;108:126-33.
34. Klosterkotter J, Hellmich M, Steinmeyer EM et al. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. Arch Gen Psychiatry 2001;58:158-64.
35. Klosterkotter J. The meaning of basic symptoms for the genesis of the schizophrenic nuclear syndrome. Jpn J Psychiatry Neurol 1992;46:609-30.
36. Yung AR. The schizophrenia prodrome: a high-risk concept. Schizophr Bull 2003;29:859-65.
37. Parnas J, Jorgensen A, Teasdale TW et al. Temporal course of symptoms and social functioning in relapsing schizophrenics: a 6-year follow-up. Compr Psychiatry 1988;29:361-71.
38. Parnas J. The boundaries of the schizotypal disorders and schizophrenia. In: Lopez-Ibor J, Lieh-Mak F, Visotsky HM et al (eds). One world, one language: paving the way to better perspectives for mental health. Seattle: Hogrefe & Huber, 1999:164-9.
39. Parnas J, Licht D, Bovet P. The Cluster A personality disorders: a review. In: Maj M, Akiskal HS, Mezzich J et al (eds). Personality disorders. Chichester: Wiley, 2005:1-74.
40. Parnas J. On defining schizophrenia. In: Maj M, Sartorius N (eds). Schizophrenia. Chichester: Wiley, 1999:43-5.

Un estudio de eficacia randomizado y comparativo sobre la psicoterapia cognitiva conductual en el trastorno por estrés postraumático en personas afectadas por terrorismo en Tailandia

Richard A. Bryant[1], Suparat Ekasawin[2] Somchai Chakrabhand[2], Soawaluk Suwanmitri[2], Orawan Duangchun[2], Thananet Chantaluckwong[2]

[1]University of New South Wales, Sydney, New South Wales, Australia; [2]Thai Department of Mental Health, Bangkok, Thailand

Aunque la psicoterapia cognitiva conductual (PTCC) constituye el tratamiento de elección para el trastorno por estrés postraumático (TEPT), no hay datos indicativos de su eficacia en los pacientes con TEPT que todavía están bajo la amenaza directa de ataques terroristas. En este estudio se comunica el primer estudio randomizado y comparativo de la PTCC para las personas con TEPT afectadas por terrorismo. Veintiocho sobrevivientes de ataques terroristas en el sur de Tailandia fueron asignados de manera aleatoria a ocho sesiones de PTCC o tratamiento habitual (TH). Se modificó la PTCC para adaptarla a las amenazas realistas que afrontaban los pacientes. Se realizaron valoraciones independientes antes, inmediatamente después y tres meses después del tratamiento. Los criterios principales de valoración fueron síntomas de TEPT (Escala de Síntomas de TEPT — Entrevista), depresión (Inventario de Depresión de Beck) y luto complicado (Inventario de Luto Complicado). En el seguimiento la PTCC produjo una reducción significativamente mayor de los síntomas (entre ellos, de TEPT, depresión y luto complicado) que el TH. En relación con el TH, la PTCC tuvo magnitudes de efecto mayores en el seguimiento para el TEPT, la depresión y el luto complicado. Un mayor número de pacientes de la categoría de PTCC (75%) alcanzó un funcionamiento final alto que el de los participantes del grupo con TH (33). Estos datos preliminares indican que el TEPT, la depresión y el luto complicado pueden tratarse eficazmente pese a las amenazas persistentes de terrorismo. Así mismo, demuestra que los profesionales de salud mental no especializados en un contexto occidental pueden capacitarse con eficiencia para utilizar la PTCC y esta formación se puede traducir en ventajas satisfactorias para el tratamiento de los individuos afectados por trauma.

Palabras clave: Psicoterapia cognitiva conductual, trastorno por estrés postraumático, luto complicado, terrorismo, cultura.

(World Psychiatry 2011;10:205-209)

La psicoterapia cognitiva conductual (PTCC) constituye el tratamiento de elección para el trastorno por estrés postraumático (TEPT) (1-3). Sin embargo, se dispone de escasa información con respecto a la aplicación de la PTCC en ámbitos en los que el terrorismo sigue amenazando directamente a las personas con TEPT. En el contexto de ataques terroristas repetidos en el mundo en los últimos años, la utilidad de la PTCC para las personas afectadas por terrorismo persistente ha atraído una gran atención. Hay pruebas de que la PTCC puede ser eficaz para tratar el TEPT relacionado con el terrorismo (4), pero son escasos los datos disponibles con respecto a los entornos subsiguientes al terrorismo en los cuales ocurre el tratamiento en un contexto de seguridad relativa. Hasta el momento, no se han comunicado estudios aleatorizados y comparativos de la PTCC en el circunstancias de ataques de terrorismo activo persistentes.

Hay motivos para preguntarse de qué manera la PTCC funcionará en contextos de ataques de terroristas persistentes. Los dos componentes principales de la PTCC comprenden el tratamiento de exposición y la reestructuración cognitiva. El tratamiento de exposición consiste en hacer que el paciente confronte los recuerdos del trauma, por lo general enfocándose en las memorias del trauma y permaneciendo con los recuerdos circunstanciales (5). Este procedimiento presupone que ocurre un aprendizaje de extinción, en el cual el condicionamiento del temor inicial es inhibido por el aprendizaje de que los recuerdos del trauma ahora señalan seguridad más que peligro (6). Sin embargo, esta meta puede ser difícil de alcanzar, cuando los recuerdos pueden estar ocurriendo con frecuencia y de hecho producen daño a sí mismo o a otros, como es el caso en el contexto del terrorismo activo. Se ha demostrado que la PTCC es eficaz en los pacientes que sufren una amenaza persistente, como los que padecen violencia doméstica (7). No obstante, el terrorismo puede representar una amenaza más prevaleciente pues representa ataques intencionales a una población y esto complica la capacidad para el aprendizaje de extinción, debido a la presentación frecuente de sucesos dañinos que ocurrieron a personas en el entorno inmediato de uno.

La reestructuración cognitiva se basa en modelos cognitivos que postulan que los pacientes con TEPT ven como una catástrofe sus reacciones al trauma y la posibilidad de daño adicional (8). Por consiguiente, la reestructuración cognitiva enseña al paciente a no considerar el evento traumático o su secuela de una manera excesivamente negativa. Esta tarea se ve dificultada cuando las apreciaciones de las amenazas futuras son parcialmente realistas debido a la posibilidad real de daño en el futuro. Por ejemplo, las personas que han estado expuestas a un ataque terrorista en una región que a menudo es bombardeada pueden comunicar una apreciación de que su mundo es peligroso y que nunca pueden sentirse seguros; esta apreciación en gran parte está justificada debido a la frecuencia de los ataques terroristas. Por este motivo, en comentarios recientes se ha hecho notar la necesidad de adaptar la reestructuración cognitiva para reconocer explícitamente la posibilidad de amenaza real y determinar el riesgo relativo al utilizar la reestructuración cognitiva (9). Este método trata de enseñar al paciente a considerar la posibilidad del riesgo en términos realistas y también a comprender las ventajas de aceptar un determinado grado de riesgo (p. ej., poder dejar la casa propia y realizar las tareas cotidianas).

Otra omisión crítica en la bibliografía es la falta de estudios de eficacia que adapten los enfoques basados en evidencia

científica a los contextos afectados por terrorismo en entornos no occidentales. En este estudio se intenta una valoración de la eficacia al adaptar la PTCC a un país no occidental y utilizar personal sanitario local. Llevamos a cabo un estudio randomizado y comparativo de sobrevivientes de terrorismo en el sur de Tailandia, donde han muerto más de 3.000 personas desde 2004. Esta actividad terrorista ha surgido por los separatistas musulmanes extremistas que operan contra el gobierno de tailandés. Muchas actividades terroristas en las tres provincias del sur de Tailandia se han dirigido a escuelas, personal sanitario y otras personas no combatientes. Comparamos la PTCC y el tratamiento habitual (TH), que consiste en psicoterapia genérica, para tratar el TEPT, la depresión y el luto complicado.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio basó sus tamaños de la muestra en un estudio previo en que se comparó la exposición combinada con la reestructuración cognitiva por contraposición a la psicoterapia de apoyo (10). Utilizando estos datos en personas que terminaron el tratamiento a los seis meses de seguimiento, estimamos que, con una potencia de un 50% y una alfa bilateral = 0,05, sería necesario un n = 30, para detectar una diferencia de seguimiento significativa prevista en la gravedad del TEPT.

Veintiocho personas (27 mujeres, 1 hombre) fueron identificadas por el Departamento de Salud Mental Tailandés, los cuales buscaron tratamiento a través del Yala Hospital en el sur de Tailandia entre mayo de 2007 y febrero de 209 por TEPT después de la exposición directa a un ataque terrorista. Los criterios de inclusión fueron que el paciente hubiese estado directamente expuesto a un ataque terrorista y tuviese un diagnóstico primario de TEPT basado en los criterios del DSM-IV (11). Los criterios de exclusión fueron riesgo de suicidio grave, psicosis, dependencia de sustancias y menos de 17 años o más de 70 años de edad. No se excluyó a ningún paciente con estos criterios. Los pacientes fueron aleatorizados según un sistema de números aleatorios administrado por funcionarios sanitarios en Bangkok (completamente independiente de los psiquiatras y del coordinador del estudio) a PTCC (n = 16) o TH (n = 12) (figura 1). Un familiar murió en los ataques en 24 casos (14 en PTCC, 10 en TH) y todos estos pacientes también sufrían luto complicado (12). La incorporación en el estudio se terminó prematuramente debido a que en esa etapa del estudio los ataques terroristas aumentaron y el personal sanitario estaba siendo blanco de los terroristas. Por consiguiente, fue necesario terminar el estudio con una muestra de 28 debido a los riesgos para el personal sanitario que proporcionaba tratamiento. En la figura 1 se presenta el flujo de participantes durante el estudio.

El diagnóstico de TEPT se determinó mediante la Escala de Síntomas de TEPT —Entrevista (PSS-I) (13). La entrevista semiestructurada consistió en 17 síntomas de TEPT que se valoraron en una escala de 0 a 3 que combinaba la frecuencia y la gravedad en las últimas dos semanas. Tiene una fiabilidad entre evaluadores muy satisfactoria para el diagnóstico de TEPT (r = 0,91) y su gravedad (r = 0,97) (13). La depresión se valoró utilizando el Inventario de Depresión de Beck-II (14), que es una medida autonotificada con propiedades psicométricas lógicas (14). Se valoró el luto complicado utilizando el Inventario de Luto Complicado (15); este instrumento de autonotificación valora los síntomas centrales de luto complicado, que consisten en la pena persistente por la persona fallecida, el dolor emocional

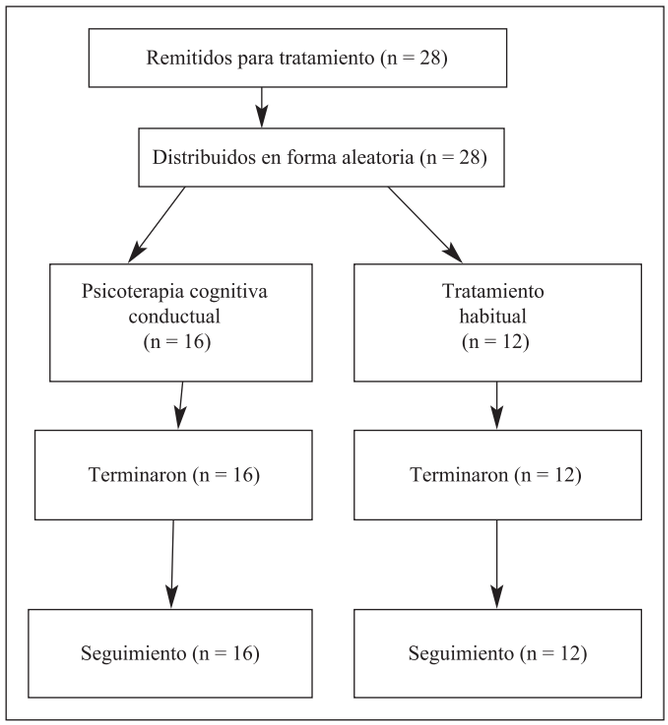

Figura 1. Participación de los pacientes en el estudio.

después de la pérdida, la amargura, la desesperanza y la pérdida de la identidad (12). Todos los instrumentos de valoración fueron traducidos al tailandés y traducidos de nuevo al inglés.

Después del consentimiento informado a los pacientes del grupo con PTCC se les ofrecía ocho sesiones individuales de 60 minutos cada semana que incluían educación en torno al trauma, técnicas para el control de la ansiedad, exposición repetida a las memorias traumáticas, exposición *in vivo* a las situaciones evitadas y reestructuración cognitiva para modificar las apreciaciones catastróficas de futuro daño. La psicoterapia fue aplicada por psicólogos o enfermeras psiquiátricas tailandesas que fueron capacitados para utilizar el manual de tratamiento en tres seminarios de dos días de duración que se impartieron en el curso de 12 meses. Cada seminario comprendía formación didáctica, modelación y juegos de roles para asegurarse de que cada terapeuta fuese competente en las destrezas psicoterapéuticas. Los terapeutas ensayaban las destrezas clínicas con pacientes durante los cuatro meses subsiguientes al primero y segundo taller y se les supervisaba en los casos tratados durante el segundo y el tercer taller. En el transcurso del propio estudio, los psicoterapeutas llevaron a cabo el tratamiento sin supervisión formal.

La primera sesión de PTCC consistió en aleccionamiento sobre las reacciones al trauma. La segunda sesión comenzaba con la capacitación en la relajación muscular progresiva. En vez de basarse exclusivamente en los métodos occidentales de capacitación para la relajación (p. ej., relajación muscular y control de la respiración), la relajación también fomentaba las técnicas de meditación tailandesa. Este procedimiento fue revisado en cada sesión subsiguiente. La segunda sesión comenzaba con la exposición prolongada a imágenes de memorias traumáticas. Cuarenta minutos de cada sesión se destinaban a que los participantes revivieran su trauma enfocando su atención en sus recuerdos i establecieran contacto con sus respuestas afectivas (16). En la segunda sesión, se enseñaba también a los partici-

pantes a crear una jerarquía de situaciones a las cuales tenían temor. En la sesión 3, se iniciaba la exposición in vivo en la cual se daba instrucciones a los participantes para permanecer en las situaciones a las cuales temían hasta que la ansiedad se reducía en un 50%, comenzando con las situaciones menos temidas y aumentando luego la exposición a situaciones más temidas. En la sesión 3, se iniciaba la reestructuración cognitiva. Se enseñaba a los participantes a identificar pensamientos no realistas y catastróficos y a modificar sus pensamientos mediante el cuestionamiento socrático, el razonamiento probabilístico y el pensamiento basado en evidencia científica. La reestructuración cognitiva se modificó para reconocer las amenazas realistas de posibles ataques terroristas. Específicamente, el tratamiento enseñaba a los pacientes a valorar el riesgo absoluto de ser dañados y a reconocer las ventajas de aceptar un grado de riesgo para poder tener un funcionamiento normal (es decir, acudir al mercado de la localidad para comprar los alimentos de la familia, pese a la posibilidad de que los mercados fuesen blanco de ataques terroristas (9). En cada sesión se ensayaba cada uno de estos componentes y en la sesión final se llevaba a cabo la prevención de las recaídas. El tratamiento habitual consistía en un número equivalente de sesiones de psicoterapia de apoyo proporcionadas por psiquiatras que no tenían capacitación en PTCC.

Al concluir las sesiones de tratamiento, los terapeutas recopilaron listas de cotejo que incluían como apartados cada uno de los componentes de la psicoterapia. Los terapeutas que proporcionaron PTCC señalaron en sus listas de cotejo que todos los pacientes con PTCC recibieron educación, control de la ansiedad, exposición a imágenes y reestructuración cognitiva. Tres pacientes no recibieron exposición in vivo. Ningún paciente del grupo con TH recibió control de la ansiedad, exposición o reestructuración cognitiva. Las valoraciones llevadas a cabo después del tratamiento y tres meses después del mismo fueron realizadas por personal independiente que desconocía cuál era la condición terapéutica de los pacientes.

RESULTADOS

No hubo diferencias entre las condiciones por lo que respecta a edad, género sexual, religión, número de sesiones de tratamiento o calificaciones de psicopatología previas al tratamiento (tabla 1). No hubo deserciones del tratamiento de manera que los análisis se enfocaron en todos los pacientes que fueron distribuidos de manera aleatoria en el estudio.

Tabla 1. Características de los participantes en el estudio

	PTCC	Tratamiento habitual	Prueba	p
Años (edad, media ± DE)	42.3±6.3	43.9±11.9	t (26) = 0.46	0.65
Tiempo transcurrido desde el trauma (meses, media ± de)	13.1±6.6	15.2± 8.0	t (26) = 0.76	0.45
Número de sesiones (media ± DE)	6.6±1.0	5.5±2.5	t (26) = 1.65	0.11
Género sexual				
Masculino	0	1	χ^2= 1.38	
Femenino	16	11		0.24
Estado conyugal (%)				
Soltero/viudo	87	83	χ^2= 0.10	
Casado	13	17		0.76
Religión				
Budista	11	5	χ^2= 2.05	
Musulmán	5	7		0.15
Empleado (%)	93	75	χ^2= 1.97	0.16
Educación (%)				
Menos que secundaria	44	42	χ^2= 0.01	0.91
Por lo menos secundaria	56	58		

PTCC, psicoterapia cognitiva conductual

Un análisis multifactorial de la covarianza (MANCOVA) de las calificaciones de PSS, BDI-II e ICG después del tratamiento indicó un efecto principal significativo: F (3,21) = 7,02, p = 0,002, ή = 0,50. Los análisis ANCOVA después del tratamiento indicaron que los pacientes que recibieron PTCC tuvieron calificaciones más bajas en PSS, BDI-II e ICG que los pacientes que recibieron TH (tabla 2). El MANCOVA de las calificaciones de síntomas en el seguimiento también señaló un efecto principal significativo: (3,21) = 0,11, p =0,02, ή =0,37; la PTCC dio por resultado calificaciones más bajas en PSS, BDI-II e ICG que el TH.

Las magnitudes de efecto del tratamiento se calcularon entre las categorías de tratamiento después del mismo y en el seguimiento. Se derivó la magnitud de efecto de la d Cohen

Tabla 2. Instrumentos para medir la psicopatología antes del tratamiento, después del tratamiento y el seguimiento (media ± DE)

Instrumento	PTCC (n= 16)	Tratamiento habitual (n= 12)	F (df = 25)	p	ή	Magnitud de efecto entre condición
			Pretratamiento			
PSS	26.8±10.0	22.7±12.4	0.93	0.34	0.03	-0.36 (95% CI: -0.40-1.11)
BDI-II	22.3±13.4	17.8±14.7	0.71	0.41	0.03	-0.31 (95% CI: -0.44-1.06)
ICG	24.3±10.2	24.2±10.1	1.32	0.26	0.05	0.01 (95% CI: -0.74-0.76)
			Postratamiento			
PSS	4.1±8.0	12.3±8.4	13.49	0.001	0.35	0.96 (95% CI: 0.17-1.75)
BDI-II	3.2±87	11.3±11.3	10.12	0.004	0.29	0.81 (95% CI: 0.03-1.58)
ICG	10.7±5.8	15.2±9.3	14.52	0.001	0.37	0.58 (95% CI: -0.18-1.35)
			Seguimiento			
PSS	7.5±11.1	15.2±13.1	8.63	0.007	0.26	0.62 (95% CI: -0.14-1.39)
BDI-II	6.4±12.2	11.0±11.6	11.15	0.003	0.31	0.37 (95% CI: -0.38-1.13)
ICG	11.5±7.2	14.8±9.4	10.94	0.003	0.30	0.38 (95% CI: -0.37-1.38)

PTCC, psicoterapia cognitiva conductual; PSS escala de síntomas de TEPT ; BDI-II, Inventario de Depresión de Beck, 2ª ed; ICG, Inventario para Luto Complicado.

calculando la media de la diferencia entre las valoraciones de cada categoría de tratamiento y dividiendo esta entre la desviación estándar combinada (17). Utilizamos las magnitudes de efecto de la G de Hedges para realizar el ajuste con respecto a variaciones debidas a magnitudes de la muestra pequeña (18). Las magnitudes de efecto entre las categorías (tabla 2) señalaron que la PTCC tuvo efectos considerables en relación con el TH para el TEPT, la depresión y el luto complicado. Las magnitudes de efecto para la PTCC antes y a los tres meses después del tratamiento fueron: 1,78 (IC del 95%: 0,96 a 2,60) para PSS, 1,22 (IC del 95%: 0,46 a 1,97) para BDI-II y 1,41 (IC del 95%: 0,64 a 2,18) para ICG. Las magnitudes de efecto para el TH fueron 0,57 (IC del 95%: 0,25 a 1,38) para PSS 0,45 (IC del 95%: -0,36 a 1,26) para BDI-II y 0,41 (IC del 95%: -0,39 a 1,22) para ICG.

Calculamos que el ajuste alto para un estado final era inferior a 19 en la escala de TEPT Administrada por Profesional Clínico (CAPS) (combinando las calificaciones de frecuencia e intensidad) como una medida de la no presentación de TEPT (19) y por debajo de 10 en BDI-2 (20). Más pacientes del grupo con PTCC (75%) lograron un funcionamiento final alto que los participantes que recibieron TH (33%): ($\chi 2 = 4{,}86$, $p < 0{,}05$).

También calculamos el número de pacientes que era necesario tratar dividiendo 1 entre la proporción de los que respondieron a la PTCC como un estimado del número de pacientes que necesitarían recibir PTCC para que uno de ellos lograse un resultado de respuesta que no habría logrado con el TH. Los tratamientos eficaces suelen tener un número que es necesario tratar de entre 2 y 4 (21). El número que es necesario tratar fue 2,40.

DISCUSIÓN

Este estudio representa la primera demostración de la eficacia de la CDC para tratar satisfactoriamente el TEPT en personas que viven con una amenaza importante de actividad terrorista. Aunque se ha demostrado antes la eficacia de la PTCC en poblaciones que viven con amenaza potencial, como violencia doméstica (7), este estudio resalta que la PTCC también se puede aplicar útilmente en contextos en los que ocurren ataques muy periódicos a las poblaciones en las cuales vive el paciente.

Surgen varios aspectos de este estudio. En primer lugar, el tratamiento se adaptó a las necesidades específicas de las personas actualmente sujetas a amenaza terrorista. Los participantes en este estudio tuvieron exposición periódica a ataques terroristas regionales y disparos durante el curso del tratamiento. El tratamiento resaltó las ventajas de asumir riesgos aceptables (es decir, acudir a los mercados locales permite al individuo adquirir los insumos necesarios para sus niños) y también la importancia de valorar el riesgo absoluto de daño (es decir, la probabilidad estadística baja de estar en un mercado específico cuando explota una bomba (9). Pese a las dificultades inherentes a este razonamiento, los pacientes parecen haber reconocido la utilidad de aceptar cierto grado de riesgo para poder mantener un determinado grado de funcionamiento.

En segundo lugar, el hallazgo de que no hubiese efectos adversos o deserciones amplía lo observado en estudios previos que indican que el tratamiento de exposición no es de aversión (22,23). El hallazgo de que los participantes tolerasen y se beneficiasen de la exposición, incluso en el contexto de ataques terroristas persistentes, contrarresta la noción de que la exposición puede no ser aplicable en poblaciones que experimenten ansiedad como resultado de una amenaza real. El aprendizaje de extinción presupone que el recuerdo del trauma (estímulo condicionado) es un recordatorio benigno que señala seguridad para el sobreviviente de trauma (6). Parece que aun cuando los recordatorios se asocian periódicamente a amenaza real, el tratamiento de exposición logró un aprendizaje de extinción.

En tercer lugar, los terapeutas que llevaron a cabo el estudio tuvieron una formación fundamental en salud mental y no tenían conocimientos o experiencia previos con la PTCC. Fueron capacitados en estas técnicas en un seminario de dos días que significó capacitación didáctica y provisión de un manual, seguido de dos seminarios diferentes de dos días de duración que se dieron a intervalos de cuatro meses. Al ensayar la PTCC con sobrevivientes de trauma entre los seminarios de capacitación, los terapeutas pudieron recibir realimentación y aprender habilidades más refinadas. La eficacia de su tratamiento confirma los estudios previos de que la capacitación breve en PTCC a terapeutas sin experiencia puede ser otro resultado de tratamiento importante para los sobrevivientes de traumatismos que tratan (4,24).

En cuarto lugar, este estudio ilustra la capacidad de que se puede implementar satisfactoriamente la PTCC en una cultura no occidental en formas que apoyan las fortalezas de la cultura. Algunos autores aducen que los enfoques de psicoterapia basada en evidencia científica occidental pueden no ser apropiados a las culturas no occidentales (25). En la etapa de planificación del programa, hubo la inquietud inicial de que la exposición pudiese no ser aceptable para los psicoterapeutas tailandeses o a los sobrevivientes de trauma, porque el desencadenar la angustia en otros y expresarla no es algo que se fomente en la cultura tailandesa; tras la explicación de la justificación para la exposición, no obstante, se implementó esta estrategia. La psicoterapia también fomentó útilmente la meditación budista en los participantes que tenían habilidad en esta práctica como un complemento importante a los métodos de relajación occidentales. Así mismo, las técnicas budistas de distanciarse a sí mismo de los propios pensamientos (similares a las estrategias de atención consciente en psicoterapia occidental (26) se integraron en la reestructuración cognitiva para mitigar la preocupación con los pensamientos catastróficos.

En quinto lugar, la PTCC dio por resultado reducciones notables de las reacciones de luto complicado. Los estudios recientes sobre PTCC que han incluido psicoterapia basada en la exposición, a menudo complementada con otras estrategias para reducir el luto (p. ej., promoción de memorias positivas de la persona fallecida, establecimiento de metas) ha logrado reducir los síntomas de luto (27,28). El presente estudio complementa la evidencia científica de que las estrategias de tratamiento aplicadas al TEPT (exposición, reestructuración cognitiva) tienen ventajas para disminuir el luto persistente e indica que mecanismos de cambios similares pueden intervenir en la reducción de estos síntomas.

Hacemos notar que las conclusiones de este estudio son limitadas por el pequeño tamaño de la muestra, la falta de verificaciones de fidelidad independientes y el seguimiento a bastante corto plazo. Estas limitaciones son inevitables debido al contexto riesgoso en el cual se llevó a cabo el estudio y los recursos limitados disponibles en el sur de Tailandia. No obstante, este estudio representa la primera demostración de que la PTCC culturalmente adaptada es eficaz para reducir el TEPT, la depresión y las reacciones de luto en el contexto de los ataques terroristas existentes.

Agradecimientos

Esta investigación fue respaldada por una donación del Australia-Thailand Institute y una donación del Programa del National Health and Medical Research Council (3003403).

Bibliografía

1. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst Rev 2007(3): CD003388.
2. Forbes D, Creamer M, Phelps A et al. Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. Aust N Z J Psychiatry 2007;41:637-48.
3. National Institute for Clinical Excellence. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Wilshire: Cromwell, 2005.
4. Duffy M, Gillespie K, Clark DM. Post-traumatic stress disorder in the context of terrorism and other civil conflict in Northern Ireland: randomised controlled trial. BMJ 2007;334:1147.
5. Foa E. Cognitive behavioural interventions for acute and chronic PTSD. Eur Neuropsychopharmacol 2006;16:S205.
6. Rothbaum BO, Davis M. Applying learning principles to the treatment of post-trauma reactions. Ann NY Acad Sci 2003;1008:112-21.
7. Cohen JA, Mannarino AP, Iyengar S. Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: a randomized controlled trial. Arch Pediatr Adolesc Med 2011;165:16-21.
8. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behav Res Ther 2000;38:319-45.
9. Marshall RD, Bryant RA, Amsel L et al. The psychology of ongoing threat: relative risk appraisal, the September 11 attacks, and terrorism-related fears. Am Psychol 2007;62:304-16.
10. Bryant RA, Moulds ML, Guthrie RM et al. Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. J Consult Clin Psychol 2003;71:706-12.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
12. Lichtenthal WG, Cruess DG, Prigerson HG. A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. Clin Psychol Rev 2004;24:637-62.
13. Foa EB, Riggs DS, Dancu CV et al. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. J Trauma Stress 1993;6:459-73.
14. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck Depression Inventory, 2nd ed. San Antonio: Psychological Corporation, 1996.
15. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF, 3rd et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. Psychiatry Res 1995;59:65-79.
16. Foa EB, Rothbaum BO. Treating the trauma of rape: cognitive-behavioral therapy for PTSD. New York: Guilford, 1998.
17. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Academic Press, 1988.
18. Hedges LV. Estimation of effect size from a series of independent experiments. Psychol Bull 1982;97:490-9.
19. Weathers FW, Keane TM, Davidson J. Clinician-Administered PTSD Scale: a review of the first ten years of research. Depress Anxiety 2001;13:132-56.
20. Kendall PC HS, Beck AT, Hammen CL et al. Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. Cogn Ther Res 1987;11:289-99.
21. Chatellier G, Zapletal E, Lemaitre D et al. The number needed to treat: a clinically useful nomogram in its proper context. BMJ 1996;312:426-9.
22. Hembree EA, Foa EB, Dorfan NM et al. Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? J Trauma Stress 2003;16:555-62.
23. Foa EB, Zoellner LA, Feeny NC et al. Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? J Consult Clin Psychol 2002;70:1022-8.
24. Gillespie K, Duffy M, Hackmann A et al. Community based cognitive therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder following the Omagh bomb. Behav Res Ther 2002;40:345-57.
25. Farooq Naeem F, Gobbi M., Ayub M et al. Psychologists experience of cognitive behaviour therapy in a developing country: a qualitative study from Pakistan. Int J Ment Health Systems 2010;4:1-9.
26. Kuyken W, Byford S, Taylor RS et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. J Consult Clin Psychol 2008;76:966-78.
27. Shear K, Frank E, Houck PR et al. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. JAMA 2005;293:2601-8.
28. Boelen PA, de Keijser J, van den Hout MA et al. Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. J Consult Clin Psychol 2007;75:277-84.

Sistema de salud mental en China: historia, reforma reciente a los servicios y retos futuros

JIN LIU[1], HONG MA[1], YAN-LING HE[2], BIN XIE[2], YI-FENG XU[2], HONG-YU TANG[1], MING LI[3], WEI HAO[4], XIANG-DONG WANG[5], MING-YUAN ZHANG[2], CHEE H. NG[6], MARGARET GODING[7], JULIA FRASER[8], HELEN HERRMAN[9], HELEN F.K. CHIU[10], SANDRA S. CHAN[10], EDMOND CHIU[9], XIN YU[1]

[1]Peking University Institute of Mental Health, Beijing, China; [2]Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai, China; [3]Suzhou Psychiatric Hospital, Suzhou, China; [4]Instituto de Salud Mental, Second Xiangya Hospital, Central South University, Changsha, China; [5]Western Pacifc Regional Office, World Health Organization, Manila, Philippines; [6]St. Vincent's Mental Health, University of Melbourne, Australia; [7]Asia Australia Mental Health, University of Melbourne, Australia; [8]Asialink, University of Melbourne, Australia; [9]Department of Psychiatry, University of Melbourne, Australia; [10]Department of Psychiatry, Chinese University of Hong Kong, China

En este artículo se resume la historia del desarrollo del sistema de salud mental chino; la situación actual en el campo de la salud mental que China debe afrontar en su esfuerzo para reformar el sistema, lo que comprende la morbilidad de la salud mental, la fuerza de trabajo y los recursos, así como los aspectos estructurales; el proceso de la reforma nacional de servicios de salud mental, incluso como se integró en el programa de salud pública nacional, la forma en que comenzó como un programa de capacitación y luego se convirtió en un programa de tratamiento e intervención. Su modelo singular de capacitación y estructuración de la capacidad y sus resultados y repercusiones; los obstáculos y las dificultades del proceso de reforma; recomendaciones futuras para políticas; y las experiencias chinas como respuesta a la defensa internacional por el desarrollo de la salud mental.

Palabras clave: Sistema de salud mental, China, historia, servicio, reforma, retos.

(World Psychiatry 2011;10:210-216)

La primera asistencia oficialmente documentada a los enfermos mentales en China fue en la dinastía de Tang (618-907 AD), cuando las viudas sin hogar, los huérfanos y los enfermos mentales eran atendidos en el Bei Tian Fang, un tipo de centro de caridad administrado por monjes (1). El primer hospital psiquiátrico de tipo Occidental para los enfermos mentales sin hogar se estableció y se financió en 1898 por un misionero estadounidense, John Kerr, en lo que en la actualidad es el Hospital Cerebral de Guangzhou. En los siguientes 50 años, se construyeron hospitales psiquiátricos con gran lentitud en un escaso número de grandes ciudades. El número de psiquiatras aumentó gradualmente a 100 y el número de camas se incrementó paulatinamente a 1.000.

Después de la fundación de la República Popular China en 1949, se construyeron gradualmente hospitales psiquiátricos en toda provincia. La función de estos primeros hospitales provinciales consistía en mantener la seguridad social y la estabilidad. Después del Primer Congreso Nacional de Salud Mental en 1958, comenzaron los trabajos de salud mental en la población en Pekín, Shanghai, Hunan, Sichuan y Jiangsu. Se establecieron centros en estas zonas para capacitar a profesionales y elaborar planes de trabajo para la prevención y el tratamiento de las psicosis, lo que comprendía la detección temprana y el tratamiento y la prevención de recaídas (2).

Aunque los programas de salud mental de la población casi se suspendieron durante la revolución cultural (1966-1976), los centros de rehabilitación laboral para los pacientes con psicosis y las redes de asistencia fueron organizados por juntas vecinales (el nivel más básico de los servicios gubernamentales) en Shanghai (3) y en un suburbio de Pekín se elaboró un modelo de tratamiento para 256 pacientes con esquizofrenia y sus familias (4).

En la década de los 80, los sectores de salud, asuntos civiles y seguridad pública establecieron una red de tres niveles (a niveles de ciudad, distrito/condado y calle/ciudad) para la prevención y el tratamiento de la psicosis. Las experiencias satisfactorias con los modelos de tratamiento, tales como los centros de rehabilitación laboral en poblaciones urbanas en Shanghai y Shenyang, y la terapia basada en la familia en zonas rurales en el Distrito de Haidian en Pekín y Yantai Shangdong, se extendieron a otros lugares (2).

Con la reforma económica se instó a los hospitales, como parte de la economía de mercado, para que obtuvieran utilidades. Los centros de rehabilitación en salud mental económicamente dependientes cerraron o fueron transformados en hospitales psiquiátricos a pequeña escala. En Shanghai, antes de 1990 había al menos un centro de rehabilitación al nivel de la población en cada distrito o ciudad. Hacia junio de 2004, había disminuido un 62% el número de estos centros (5).

Hacia finales de 1990, algunos psiquiatras comenzaron a dudar de la justificación de los modelos de prestación de servicios de salud mental basados en grandes hospitales lucrativos y el Ministerio de Salud comenzó a revalorar los principios y los enfoques para la atención a la salud mental. A través de la defensa por parte del ministerio, los funcionarios de gran jerarquía facilitaron el establecimiento de un plan de salud mental.

En noviembre de 1999, 10 ministerios chinos y la Organización Mundial de la Salud (WHO) en Pekín, convocaron a un seminario en salud mental de alto nivel. El congreso dio por resultado una declaración que señalaba que todos los niveles gubernamentales mejorarían su liderazgo y apoyo para la atención a la salud mental, fortalecerían la colaboración intersectorial y la cooperación, establecerían una estrategia de salud mental y plan de acción, facilitarían el cumplimiento de una ley nacional sobre la salud mental y protegerían los derechos de los pacientes (6).

El Primer Plan Nacional de Salud Mental (2002-2010) fue firmado en abril de 2002 por los Ministerios de Salud, Segu-

ridad Pública y Asuntos Civiles y la Federación de Personas Discapacitadas de China (CDPF). Identificaba una serie de objetivos detallados e índices para alcanzar las principales metas de a) establecer un sistema eficaz de asistencia a la salud mental dirigido por el gobierno con la participación y la cooperación de otros sectores; b) acelerar el proceso de elaboración e implementación de legislación en salud mental; c) mejorar el conocimiento y crear conciencia sobre la salud mental entre todos los ciudadanos; d) fortalecer los servicios de salud mental para disminuir la morbilidad y la discapacidad; y e) crear recursos humanos para los servicios de salud mental e intensificar la capacidad de los hospitales psiquiátricos actuales (7).

En agosto de 2004, la Propuesta sobre Fortalecimiento Adicional del Trabajo en Salud Mental fue aprobada por los Ministerios de Salud, Educación, Seguridad Pública, Asuntos Civiles, Justicia y Finanzas y la CDPF. Esta propuesta proporciona instrucciones explícitas sobre intervenciones por problemas psicológicos de la conducta para subgrupos de población clave (incluidos niños y adolescentes, mujeres, ancianos y víctimas de desastre), tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales, investigación sobre salud mental y vigilancia de trastornos mentales y la protección de los derechos de los enfermos mentales. La propuesta sirve de política nacional para la salud mental china *de facto*.

El modelo de servicios de salud mental propuesto en los dos documentos antes señalados es dirigido por hospitales psiquiátricos y está respaldado por los departamentos de psiquiatría de hospitales generales, centros de salud basados en la población y centros de rehabilitación.

EL PANORAMA DE LA SALUD MENTAL EN CHINA

Morbilidad de salud mental

En un estudio epidemiológico llevado a cabo en cuatro provincias (Shandong, Zhejiang, Qinghai y Gansu) de 2001 a 2005, la prevalencia ajustada a un mes de cualquier trastorno mental en personas de 18 y más años de edad fue 17,5% (IC del 95% 16,6 a 18,5) y la de los trastornos psicóticos fue 1,0% (IC del 95%: 0,8 a 1,1) (8).

En términos económicos sanitarios, los años de vida ajustados por discapacidad (DALY) totales estimados de 10 trastornos psiquiátricos que comprendían trastorno depresivo unipolar, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos por consumo de alcohol, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, trastorno por uso de drogas, trastornos por estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por pánico e insomnio (primario) fueron 253.851.896 años en China en 2004 (9). Esto se traduce en una pérdida de producto interno bruto (PIB) que asciende a un total de 2.681.000 yuanes chinos en todo el país de los cuales la esquizofrenia y el trastorno bipolar contribuyen a 532.000 millones de yuanes chinos.

La enorme morbilidad de los trastornos mentales resalta la necesidad apremiante de mejorar los servicios de salud mental. Sin embargo, de un modo similar a casi todos los países, la velocidad de la brecha de tratamiento de aquellos con trastornos mentales es inaceptablemente alta en China, donde 91,8% de todas las personas con algún diagnóstico de trastorno mental nunca buscan ayuda. Para los trastornos psicóticos, 27,6% nunca buscaban ayuda y 12,0% solamente veían a profesionales no relacionados con la salud mental (8).

Fuerza de trabajo y recursos en salud mental

La vasta mayoría de los profesionales de la salud mental en China son psiquiatras o enfermeras psiquiátricas con escasos psicólogos clínicos y trabajadoras sociales y sin ergoterapeutas. Los psiquiatras y las enfermeras psiquiátricas licenciadas son acreditados por el Ministerio de Salud, los asesores psicológicos por el Ministerio de Recursos Humanos y Seguridad Social y los psicoterapeutas por los dos Ministerios.

En 2004, había 16.103 psiquiatras licenciados y médicos psiquiátricos (1,24/100,000 de población) y 24.793 enfermeras psiquiátricas licenciadas (1,91/100.000 de población) (9). En relación con la fuerza de trabajo en salud mental promedio global (es decir, 4,15 psiquiatras y 12,97 enfermeras psiquiatras por 100.000 de población) (10), los recursos humanos en salud mental en China son muy limitados. La escasez de profesionales de la salud mental capacitados representa uno de los aspectos más críticos que afronta en la actualidad el sistema de salud mental chino.

En 2004, se contaba con 557 hospitales psiquiátricos. Entre ellos, 359 (64,5%) tenían 100 o más camas y 44 (7,9%) tenían 500 o más camas. El número total de camas psiquiátricas era 129.314, es decir, 1,00/10.000 de población (11), lo cual es significativamente más bajo que el promedio global de 4,36 camas psiquiátricas/10.000 (10).

Aspectos estructurales

China no organiza sus servicios en zonas de captación. Los servicios de salud mental especializados siguen siendo el componente predominante del sistema. El sistema de salud mental basado en la población de China en gran parte fue eliminado con el advenimiento de la economía de mercado. Por tanto, la provisión de servicios de salud mental se ha convertido principalmente en hospitalaria. Los pacientes pueden tener acceso directo a hospitales psiquiátricos de tercer nivel, saltándose los niveles de atención a la salud primario y secundario. Esto refleja en parte la desproporcionada concentración de recursos de salud en las grandes ciudades.

El modelo de financiamiento para el sistema de salud mental es complejo y los servicios de hospitalización de pacientes son proporcionados por tres ministerios, de salud, de Asuntos Civiles y de Seguridad Pública, en tanto que otros centros son administrados por otros ministerios. Según la Organización Mundial de la Salud, sólo el 2,35% del presupuesto sanitario total se invierte en salud mental y menos de un 15% de la población tiene seguro de salud que incluye la protección para trastornos psiquiátricos (10).

China está experimentando un cambio rápido con una tasa de crecimiento económico del 7,5 al 13,0% por año en los últimos 10 años (12). Sin embargo, la prosperidad creciente no ha tenido una distribución equitativa y ha dado por resultado brechas cada vez mayores entre los ricos y los pobres. Es evidente que los que tienen la máxima desventaja socioeconómica suelen ser los que más necesitan asistencia a la salud mental (13).

REFORMA DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL NACIONAL

Cambio de políticas e integración de la salud mental en el programa nacional de salud pública

En octubre de 2003, respaldado por el Ministerio de Salud, se inició un proceso de solicitud de proyectos de salud pública especializados en los que invertiría el Ministerio de Finanzas. Todos los sectores de la salud pública pertinentes participaron activamente en la elaboración de modelos apropiados con indicadores críticos y el bosquejo de propuestas para financiamiento.

Aunque se tomaron en cuenta varios enfoques y diferentes modelos, el sector de la salud mental aún no identificaba un modelo adecuado y práctico para China. Una delegación dirigida por Guihua Xu (Vice Director del Centro Chino para el Control de las Enfermedades) y tres psiquiatras Xin Yu, Hong Ma y Jin Liu del Peking University Institute of Mental Health, visitó Melbourne, a fin de adquirir los conocimientos y la comprensión del sistema victoriano de servicios de salud mental a la población. Los delegados y sus anfitriones australianos también comenzaron a analizar el concepto de población en China e investigar posibles formas de integrar la asistencia a la salud mental en centros de segundo y tercer nivel en el país. Surgió un modelo para la reforma del sector de la salud mental complementado por otros intercambios internacionales con Estados Unidos, Noruega, Tailandia, Japón, Reino Unido y Alemania y guiado por los logros internacionales en los servicios de salud mental alcanzados por la WHO y las experiencias previas en la salud mental de la población en China. El modelo tiene su enfoque central en el paciente, está basado en la población, es continuo y orientado a funciones y es interdisciplinario.

Debido a la vasta población multiétnica y diversa de China, la armonía y la estabilidad social es una preocupación bien reconocida para el gobierno chino. El enfoque en las psicosis, sobre todo las relacionadas con conductas violentas o socialmente destructivas, se consideró como un paso decisivo para lograr la participación del gobierno en las cuestiones de la salud mental. Aunque los servicios de salud mental en la población eran la meta a largo plazo, la falta actual de recursos y capacidad en salud mental de la población y salud mental primaria, y combinación con las dificultades para atraer profesionales de la salud mental que trabajen en la población, significaba que al principio se debía seguir un modelo diferente, menos ambicioso y más dirigido. Se recomendó un modelo de tratamiento intrahospitalario y en la población integrado para las psicosis y se propuso un proyecto preliminar que comprendiera vigilancia, intervención, prevención y gestión de la rehabilitación en la psicosis.

En septiembre de 2004, después de competir con más de 50 propuestas y respaldado por un grupo de sociólogos, economistas y psiquiatras destacados en China, el programa para la reforma de los servicios de salud mental era el único programa de enfermedades no transmisibles incluido en el programa nacional de salud pública de China. Este suceso se convirtió en un hito histórico importante para China: la salud mental oficialmente quedó incluida en la salud pública.

El programa de reforma de la salud mental formalmente recibió el apoyo del Ministerio de Finanzas en diciembre de 2004 y se denominó el programa 686 a causa de su financiación inicial con 6,86 millones de yuanes. El Centro Nacional para la Salud Mental de China ubicado en el Instituto de Salud Mental de la Universidad de Pekín fue autorizado para ser el centro de implementación de este programa por el Ministerio de Salud. El proyecto era supervisado por un grupo de trabajo nacional y por un grupo de asesores internacionales representado por expertos principalmente de la Universidad de Melbourne.

Hacia principios de 2005, se establecieron 60 centros de demostración, con una zona urbana y una zona rural en cada una de las 30 provincias de China, que abarcaban a una población de 43 millones. La prioridad durante el primer año fue desarrollar personal de salud mental capaz a través de un programa de capacitación extensa. Se adoptó un mecanismo de formación de dos niveles, primero al nivel nacional utilizando un enfoque de formación del capacitador y luego los capacitadores entrenados aplicaban los programas al nivel de las provincias. El contenido de la capacitación consistía en guía sobre la gestión de proyectos, protocolos de tratamiento normalizados, sesión de casos, sesión de información, educación a la familia y la capacitación de la policía y de los comités vecinales.

Programa de tratamiento e intervención

En 2006, el programa 686 incorporó un componente de intervención en el programa de capacitación, el cual después se llamó el Programa Nacional de Gestión e Intervención Continuadas para las Psicosis. El objetivo era consolidar la reforma a través de provisiones clave de continuidad asistencial, accesibilidad al tratamiento y asistencia a la salud mental equitativa. Se incluyeron cuatro tipos de psicosis: esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno por delirio y trastorno esquizoafectivo.

A los pacientes en los que se detectaba posible psicosis se les remitía de hospitales o servicios de psiquiatría, la CDPF, los centros de salud de la población de aldeas y los comités vecinales o de aldeas. Estos pacientes después eran valorados por psiquiatras y quienes cumplían los criterios diagnósticos para trastornos psicóticos eran valorados en cuanto a su riesgo de violencia basándose en una escala de calificación de 0 a 5 establecida por el grupo de trabajo nacional.

Los pacientes con riesgo de violencia eran objeto de un seguimiento mensual y, si estaban en desventaja socioeconómica, se les proporcionaba sin coste medicación, análisis de laboratorio y un subsidio para hospitalización. Aproximadamente 5% de los pacientes que recibían medicamentos gratuitos eran resistentes al tratamiento y por tanto se les proporcionaba antipsicóticos de segunda generación, principalmente risperidona. En caso de alguna urgencia psiquiátrica o de casos graves de efectos secundarios de medicamentos, el programa proporcionaba control de la crisis de manera gratuita. Además, puesto que algunos pacientes eran objeto de sujeción física o se encadenaban en su domicilio, el programa brindó apoyo para liberar a estos pacientes y hospitalizarlos cuando era necesario. Después de la hospitalización, si los pacientes carecían de los recursos económicos para pagar por el tratamiento, se incluían en los servicios gratuitos antes señalados.

Capacitación y mejoramiento de la capacidad

Una dificultad clave para la implementación satisfactoria del programa 686 era la capacidad limitada de la fuerza de trabajo

para llevar a cabo el programa al nivel local. A fin de hacer frente a este enorme reto, un programa de capacitación tripartito fue elaborado en colaboración en 2007 por el Peking University Institute of Mental Health, la University of Melbourne y la Chinese University of Hong Kong. El objetivo principal del programa fue capacitar a operadores de casos con múltiples habilidades que consistían en: a) adquirir la comprensión de los principios clave de la asistencia a la salud mental basada en la población en general y en la gestión de casos básicos; b) brindar las habilidades prácticas para crear planes de servicio individualizados con objeto de maximizar la integración y la continuidad de la asistencia; c) explorar formas culturalmente apropiadas para formar vínculos con el paciente, las familias y la población; d) adquirir las habilidades para trabajar en equipos interdisciplinarios; y e) proporcionar las oportunidades para compartir ideas y dar a conocer el plan para implementación.

Abarcando los principios de mejor procedimiento obtenidos de disciplinas de la salud afines (enfermería, trabajo social, ergoterapia, psicología), se bosquejó una serie básica de conocimientos y habilidades para la gestión de casos (14). Un apuntalamiento clave para el programa de capacitación fue proporcionar un enfoque en la rehabilitación en el contexto de la población. Las visitas al campo a una gama de unidades de salud mental de la población (p. ej., hospitales de atención diurna, casas de atención intermedia, centros de capacitación, programas de apoyo a la salud mental) y supervisión por los miembros del equipo de salud mental de la población brindaron la oportunidad directa para tal experiencia clínica.

Resultados y repercusiones

El programa precisó la integración de asociaciones amplias que comprendían diferentes sectores y centros con el sistema de servicio de salud mental, incluidos el gobierno local, los sectores de salud, de asuntos civiles, seguridad pública, la CDPF y la Federación de Mujeres. En 2009, un total de 34.861 centros participaron en este programa, los que comprendían 44 hospitales provinciales, 92 hospitales municipales, 168 hospitales a nivel de distrito y de condado, 986 centros de salud urbanos en la población, 2.748 estaciones de salud de la población urbana, 1.136 clínicas municipales, 11.480 clínicas de aldeas, 5.660 comités vecinales urbanos y 12.547 comités de aldeas.

Se estableció también un equipo de salud mental interdisciplinario. Hacia finales de 2009, un total de 38.227 participantes trabajaban en el programa. Entres éstos, el personal del comité vecinal y de aldeas cuya responsabilidad principal era ayudar a identificar a los pacientes y dirigir la defensa de los derechos de la población, constituían un 53,3%; los gestionadores de casos representaban el 25%; policías, que ayudaban principalmente a la intervención en las crisis por violencia, constituían un 7,1%; los psiquiatras representaban el 4,3%, las enfermeras psiquiátricas representaban un 3,9% y los funcionarios y administradores en diferentes niveles, constituían un 3,4%.

Datos de las oficinas de policía en 42 centros de demostración mostraron que el número de sucesos violentos menores disminuyó de 531 en julio a diciembre de 2005 a 140 en enero a junio de 2006 (reducción del 73,6%) y que los sucesos violentos mayores (disminuyeron desde 223 hasta 72 (reducción del 66,7%).

Hacia finales de 2009, 96,88 millones de la población general en 112 ciudades estaban cubiertos por este programa. Estaban registrados un total de 161.800 pacientes; 42.400 eran objeto de seguimiento periódico (la distancia promedio más larga para el seguimiento en los centros de demostración era 75 kilómetros); 15.300 pacientes económicamente desprotegidos recibían medicación gratuita, 12.800 recibían intervenciones de control de crisis gratuitas y 7.200 pacientes de escasos recursos recibían un subsidio por hospitalización; 340 pacientes que anteriormente estaban restringidos fueron liberados.

En el primer año del Programa 686, se llevó a cabo un total de 602 cursos de capacitación y se formaron casi 30.000 personas, entre ellos psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, médicos de la población, coordinadores de casos, trabajadoras sociales, personal de seguridad pública y miembros de las familias.

Hasta el momento, casi 500 profesionales de la salud mental de 80 distritos en China han participado en las sesiones tripartitas para la capacitación en el programa. Diez grupos de 10 profesionales de la salud mental de China continental han recibido capacitación práctica en Hong Kong y más de 100 directores y jefe de hospitales de departamentos de salud mental han llevado a cabo el estudio local en Melbourne.

Uno de los aspectos más trascendentes del programa ha tenido lugar en el campo de la reforma de la política. Esto probablemente tiene la máxima influencia en la sustentabilidad a largo plazo. Junto con el Programa 686, se han establecido cinco políticas nacionales vitales sobre salud mental: el Compendio de Guía para el Desarrollo del Sistema Nacional de Trabajo en Salud Mental (cuyo propósito es mejorar la coordinación entre los ministerios y reformar el sistema de trabajo en salud mental); el Informe de Trabajo del Gobierno (por primera vez en la historia de China, se abordaron enfermedades mentales en el informe anual del gobierno central); la estrategia a corto plazo de la reforma del sistema sanitario (los hospitales psiquiátricos iban a mejorar como parte del mejoramiento de la capacidad de servicios de salud pública); las opiniones sobre la mejora de la equidad gradual de los Servicios Básicos en Salud Pública (en el cual el control de las psicosis se incluía como uno de los nueve dominios básicos de servicios en salud pública); y los Criterios Operativos sobre el Control de las Psicosis (en los cuales se aclaró la responsabilidad de diferentes sectores en el control de las psicosis y los procedimientos pertinentes).

OBSTÁCULOS Y DESAFÍOS PARA EL PROCESO DE REFORMA

Un gobierno decidido es un elemento esencial para lograr éxito en un breve periodo en China. Sin embargo, la magnitud de la complejidad de los problemas de salud mental así como la situación cambiante siempre pone en riesgo el logro de la reforma en la salud mental. Todos los participantes en los servicios de salud mental en China y lectores de este artículo debieran tener presente que, pese al proceso importante, el desarrollo del sistema de servicios de salud mental y la prestación de servicios en China todavía plantea muchas dificultades. Alguno de los principales problemas son los siguientes:

La disparidad en China es enorme. Aunque las políticas nacionales son muy exhaustivas y explícitas, existe una amplia discrepancia entre las provincias y las ciudades en lo referente

a niveles sociales, económicos y de desarrollo. En algunas regiones de la costa o del oriente que son ricas e impulsadas por la reforma, el sistema de servicio de salud mental rápidamente se está reformando en todas las provincias o ciudades. Sin embargo, en algunas regiones occidentales en vías de desarrollo, el proceso de reforma se ha ralentizado por una comprensión insuficiente y la falta de recursos y destrezas. En estas regiones, las políticas de salud mental nacional existentes se han convertido simplemente en «documentos bien redactados».

Los recursos no se asignan de manera apropiada entre los hospitales de la población y los psiquiátricos. Aunque se fomenta mucho la salud de la población como parte de la igualación de los servicios de salud pública y se ha brindado financiación nacional a cada provincia para cubrir el registro y el seguimiento de los pacientes al nivel de la población, los médicos generales carecen del conocimiento básico y de las capacidades para estas tareas. En los próximos dos o tres años, se asignarán 15.000 millones de yuanes chinos a la construcción de 550 hospitales psiquiátricos que a menudo están ubicados en zonas suburbanas menos populosas y la estructura de financiación se sigue basando principalmente en camas de hospitales psiquiátricos más que en la atención recibida de personal y programas de tratamiento. Esto desalentará que los hospitales intervengan en los servicios a la población. Además, la política de seguridad social solo subsidia los gastos de hospitalización lo que hace que un mayor número de pacientes utilice servicios de hospitalización innecesarios.

Algunos resultados importantes no están claros en torno a las psicosis. Es comprensible que, desde el punto de vista de la estabilidad social, el tratamiento y el manejo asistencial de la psicosis siempre es la prioridad máxima del gobierno. Sin embargo, debido a la falta de leyes y reglamentos pertinentes, el ingreso involuntario se lleva a cabo bajo la misma designación de «atención al enfermo mental». La movilización social y la reasignación de recursos incrementan la tasa de tratamiento de pacientes con psicosis. Sin embargo, aún no se han resuelto las dudas de si la duración de la psicosis no tratada se abrevia o mejoran los grados funcionales de los pacientes.

La psiquiatría se está volviendo menos atractiva. El enfoque en el manejo asistencial de la psicosis vuelve a la psiquiatría menos atractiva. Menos médicos están dispuestos a formarse como psiquiatras y los hospitales psiquiátricos continuamente pierden profesionales con altos niveles de educación, capacitación y experiencia. Por tanto, el gobierno está valorando transformar los centros psiquiátricos en «instituciones de salud pública» en las cuales el personal se considere como «servidores paraciviles». Esto puede desalentar más a los médicos para formarse en la especialidad de la psiquiatría.

La asociación con otros sectores es insatisfactoria. Aunque en varios documentos se ha declarado la responsabilidad de cada ministerio o sector pertinentes, la cooperación y la colaboración entre las organizaciones todavía no está del todo ni firmemente establecida y los sectores de la salud y de la salud mental trabajan en aislamiento en muchos campos.

RECOMENDACIONES PARA LAS POLÍTICAS FUTURAS

En un país con estructuras de gobierno muy centralizadas como lo es China, el desarrollo de la salud mental precisa apoyo sólido y continuado de parte del gobierno en todos los niveles. Sin este apoyo, le resultará difícil al sector de la salud mental cumplir con el tratamiento de las psicosis en si. Además, China necesita crear conciencia de la importancia de las organizaciones no gubernamentales y su potencial papel en integrar diversos recursos sociales y proporcionar servicios complementarios valiosos para los pacientes con enfermedades mentales que viven en la población a fin de mejorar su restablecimiento.

Los médicos de la población en zonas urbanas y los médicos de aldeas en zonas rurales precisarán capacitación a fin de comprender y desarrollar los planes de asistencia individual para cuatro tipos de pacientes psicóticos (de un modo similar al Programa 686) al nivel de la atención primaria y realizar el seguimiento de pacientes estables durante por lo menos cuatro veces al año.

Dado el gran número de pacientes con trastornos mentales crónicos en China, es preciso alentar y fomentar la asistencia a la población y a domicilio para la mayoría de los pacientes. A los familiares se les debe apoyar para que brinden una atención continuada y extrahospitalaria a sus familiares con enfermedades mentales.

Los escasos recursos de financiación podrían sólo respaldar la administración básica y el transporte de personal en el programa nacional, pero los centros de salud mental que emplean a estos profesionales tienen que obtener utilidades para poder pagar su salario. La tarifa por servicio de salud mental para la psicosis debiera proporcionarla el gobierno como salario de los proveedores de servicios o como seguridad para los pacientes.

El apoyo del gobierno y la inversión en estudios clínicos y en investigación sobre política sanitaria son necesarios para establecer estrategias de tratamiento basadas en evidencia científica y política que sean relevantes en un contexto chino. Así mismo, las valoraciones económicas desde la perspectiva del restablecimiento funcional y los desenlaces y beneficios a largo plazo en pacientes con trastornos mentales son necesarias para brindar información al establecer políticas y el reembolso proporcionado por el Departamento de Seguridad Social.

EXPERIENCIAS CHINAS COMO RESPUESTA A LA DEFENSA DE LOS DERECHOS INTERNACIONALES

Este programa de reforma en China es compatible con las recomendaciones políticas emitidas en años recientes por la Organización Mundial de la Salud y respaldadas por otras autoridades internacionales. En 2001, la WHO recomendaba que los países desarrollasen servicios basados en la población para las personas con trastornos mentales (15). Esta recomendación en tiempos recientes ha sido fortalecida por una petición para la acción a fin de incrementar los servicios para las personas con trastornos mentales (16), el desarrollo del Programa de Acción para las Lagunas en Salud Mental (mhGAP) (17), las actividades de la WPA (18-20) y las directrices publicadas recientemente en *World Psychiatry* (21,22).

El trabajo realizado en el Programa 686 y otros avances en China son bases importantes para el progreso hacia normas internacionales acordadas y aceptadas en la prestación de servi-

cios de salud mental. Sin embargo, los servicios de salud mental en China, al igual que en muchos países de ingresos bajos y medianos (LAMIC) tienen un largo camino por delante para cumplir con el objetivo de proporcionar atención a la salud mental en la población.

La investigación impulsada localmente proporciona información pertinente para guiar a las autoridades sanitarias en la expansión de los servicios de salud rentables y adaptados a la cultura (16). Sin embargo, la difusión de este trabajo a auditorios nacionales e internacionales se ve dificultada por la escasa representación de las publicaciones de LAMIC en las revistas psiquiátricas tradicionales (23,24). Los trabajos recientes por la WPA han demostrado que, pese a un grado significativo de actividad científica mostrado por China (al igual que por India, Sudáfrica y Corea de Sur), ninguno de estos países y de hecho, ningún LAMIC de las regiones de África y Asia, hasta el momento está representados por una revista psiquiátrica en las principales bases de datos internacionales (25,26). La acción con apoyo internacional para mejorar la indización de revistas y la difusión de la investigación ayudará a la publicación de datos de éste y proyectos similares. La revista de la WPA, *World Psychiatry*, y la recién indizada *Asia Pacific Psychiatry*, revista del Pacific Rim College of Psychiatrists, tienen la oportunidad de llenar este vacío.

CONCLUSIONES

Aunque la reforma de los servicios de salud mental de China hasta el momento se ha enfocado sólo en las psicosis, la magnitud de la reforma y el flagrante número de pacientes psiquiátricos afectados, representan un programa masivo y ambicioso que ha tenido que superar enormes retos. La reforma comenzó antes de la reforma de la atención a la salud general en China y es compatible con la estrategia de salud pública china y el modelo para las direcciones del país según la mhGAP de la Organización Mundial de la Salud.

Con el continuado compromiso político, la valoración oportuna de las necesidades y los recursos correspondientes, el establecimiento de políticas de salud pública apropiadas, la prestación de intervenciones eficaces, el fortalecimiento de la capacidad humana, la movilización eficiente de los recursos económicos, la vigilancia y valoración rigurosas, China estará en una posición favorable para estructurar y fortalecer un sistema de salud mental para la población nacional sustentable y el servicio para el beneficio de la salud mental de su población.

Agradecimientos

Jin Liu y Hong Ma contribuyeron en igual medida a este artículo y Xin es el autor para correspondencia. Los autores agradecen a N. Sartorius, B. Saraceno y S. Saxena por su constante asesoría y apoyo a la reforma de la salud mental en China y a M.L. Belfer por ayudar a editar el manuscrito y hacer sugerencias relativas a su contenido. También desean agradecer a todos los que han participado o han ayudado para el establecimiento o la implementación del Programa 686.

Bibliografía

1. Lan JF. Chinese buddhist encyclopaedia. Yongkang City: Chinese Buddhist Cyclopedic Foundation, 1994.
2. Shen YC. Psychiatry, 4th ed. Beijing: People's Medical Publishing House, 2001.
3. Zhang MY, Yan HQ. Community rehabilitation, and prevention and treatment work for psychoses in Shanghai. Shanghai Arch Psychiatry 1990;2:114-8.
4. Shen YC, Zhang WX, Chen CH. Familial and social prevention and treatment, and social rehabilitation of psychotic patients. Shanghai Arch Psychiatry 1990;2:108-11.
5. Li YH, Yao XW, Zhang MY. Investigation and suggestion on community rehabilitation facilities for psychotic patients in Shanghai. Shanghai Arch Psychiatry 2005;17(Suppl.):35-7.
6. Declaration of China/WHO High Level Mental Health Seminar. Chin Ment Health J 2000;14:3.
7. Ministries of Health, Public Security, Civil Affairs, and CDPF. National Mental Health Plan (2002-2010). www.cdpf.org.cn.
8. Phillips MR, Zhang JX, Shi QC et al. Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001-05: an epidemiological survey. Lancet 2009;373:2041-53.
9. World Health Organization. Death and DALY estimates for 2004 by cause for WHO Member States. www.who.int.
10. World Health Organization. Mental health atlas 2005. Geneva: World Health Organization, 2005.
11. Ministry of Health, China. Chinese health statistical yearbook 2005. Beijing: Peking Union Medical College Press, 2005.
12. National Bureau of Statistics of China. China statistical year book 2009. Beijing: China Statistics Press, 2009.
13. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M et al. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. Lancet 2007;370:878-89.
14. Ng C, Ma H, Yu X et al. China-Australia-Hong Kong Tripartite Community Mental Health Training Program. Asia Pac Psychiatry 2009;1:90-7.
15. World Health Organization. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
16. Lancet Global Mental Health Group. Scale up services for mental disorders: a call for action. Lancet 2007;370:1241-52.
17. World Health Organization. Mental health Gap Action Programme: mhGAP. Geneva: World Health Organization, 2008.
18. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. World Psychiatry 2009;8:65-6.
19. Maj M. WPA-WHO collaborative activities 2009-2011. World Psychiatry 2009;8:129-30.
20. Maj M. Mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. World Psychiatry 2010;9:65-6.
21. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. World Psychiatry 2010;9:67-77.
22. Ng CH, 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.

23. Saxena S, Paraje G, Sharan P et al. The 10/90 divide in mental health research: trends over a 10-year period. Br J Psychiatry 2006;188:81-2.
24. Patel V, Sumathipala A. International representation in psychiatric literature: survey of six leading journals. Br J Psychiatry 2001;178:406-9.
25. Mari J, Patel V, Kieling C et al. The 5/95 Gap in the indexation of psychiatric journals of low and middle income countries. Acta Psychiat Scand, 2010;121:152-6.
26. Kieling C, Herrman H, Patel V et al. Indexation of psychiatric journals for low- and middle-income countries: a survey and a case study. World Psychiatry 2009;8:40-4.

Enseñanzas obtenidas en la implementación de la asistencia a la salud mental en la población de Europa

MAYA SEMRAU, ELIZABETH A. BARLEY, ANN LAW, GRAHAM THORNICROFT

Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London, UK

Este estudio resume los hallazgos de la Comisión de la WPA para Pasos, Obstáculos y Errores a Evitar en la Implementación de la Asistencia a la Salud Mental en la Población de la Región Europea. El artículo presenta una descripción de la región, un panorama de las políticas y leyes de salud mental, un resumen de la investigación relevante en la región, un resumen de los servicios de la salud mental en la población, un análisis de las enseñanzas claves obtenidas y algunas recomendaciones para el futuro.

Palabras clave: Asistencia a la salud mental de la población, salud mental en la atención primaria, legislación y políticas, investigación, derechos humanos, lagunas de tratamiento, recursos humanos.

(World Psychiatry 2011;10:217-225)

Este estudio es parte de una serie que describe el desarrollo de la asistencia a la salud mental en la población en regiones de todo el mundo (léase 1). Es uno de los productos de la Comisión designada por la WPA como parte de su plan de acción para 2008-2011 (2,3), cuyo propósito es producir una Guía sobre Pasos, Obstáculos y Errores a evitar en la Implementación de la Asistencia a la Salud Mental en la Población. El propósito, los métodos y los principales hallazgos de tal Comisión se han publicado con anterioridad en esta revista (4). En este artículo, describimos estos aspectos en relación con la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (WHO).

La Región Europea de la WHO consta de 53 países y más de 886 millones de personas (5). Comprende los primeros países de la UE-15 (los 15 países que han sido parte de la Unión Europea (UE) desde antes de 2004), los 12 países que se unieron a la UE a partir de 2004, los 11 países de la Comunidad de Estados Independientes (CEI) que incorpora la mayor parte de las naciones integrantes de la ex Unión Soviética), ocho países del sureste de Europa y siete países con altos ingresos que no pertenecen a la UE (véase la tabla 1). En términos generales hay una división económica en Europa: la mayor parte de los países (sobre todo UE-15) con altos ingresos (n = 30) en la UE y otros países principalmente occidentales; todos los países de bajos ingresos (n = 3) y los países con ingresos más bajos y medianos (n = 7) en las partes no orientales de la UE (casi todos los cuales son países de la CEI); y muchos de los países de ingresos altos-medianos (n = 13) representados por los países de la UE posteriores a 2004 así como los de sureste de Europa(6).

Los problemas de salud mental son frecuentes y tienen una enorme repercusión económica y social en Europa; un mínimo del 25% de las personas en la región padece un trastorno mental en el curso de su vida (7). En 2004, los trastornos neuropsiquiátricos contribuyeron al 19,1% de todos los años-vida ajustados por discapacidad (DALY) y el 39% ocupa los primeros lugares como causa de años vividos con discapacidad (YLD) (8). La depresión unipolar por sí sola fue la tercera causa principal de DALY (después de la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular), contribuyendo con un 5,6% de los DALY en la región (9). Las tasas de suicidios también son elevadas en toda la región con una tasa de prevalencia de 14,01 por 100.000 de población en 2007 (5) y contribuyendo con el 2% a todos los DALY y el 1,6% a todas las defunciones en 2004 (8).

POLÍTICAS Y LEYES DE SALUD MENTAL

Después de diversos tratados en salud mental, programas y planes de acción en la UE durante toda la década de los 90 y a principios de los 2000 (9), un hito importante en el desarrollo y la reforma de las políticas de salud mental en Europa fue la Declaración de la Salud Mental para Europa (10) y el Plan de Acción para la Salud Mental de Europa (11) en 2005. En ellos, todos los ministros de salud europeos reconocieron la salud mental como un campo prioritario, reconocieron la necesidad de políticas de salud mental basadas en evidencia científica, definieron un amplio campo para estas políticas, se comprometieron al desarrollo, la implementación y a hacer cumplir tales políticas y propusieron 12 campos de acción e hitos para implementarse hacia 2010. Esto comprendió un compromiso para establecer servicios de salud mental en la población, reducir los centros psiquiátricos de gran tamaño e integrar los servicios de salud mental en al asistencia primaria a la salud. La mayor parte de los países de Europa (alrededor de un 83% tienen ahora establecida una política de salud mental (véase la tabla 1) de tal modo que cerca del 89% de la población en la región estará protegida hacia 2005 (3). Así mismo, todos los países (más de un 95%) tienen ahora establecidas leyes de salud mental (véase tabla 1) y alrededor del 90% de la población, estaría protegida hacia 2005 (13). En por lo menos dos tercios de los países europeos (tabla 1) se han establecido ahora políticas específicas, estrategias o planes para la implementación de servicios de salud mental en la población y para reducir los hospitales psiquiátricos de gran tamaño (véase tabla 1).

Sin embargo, todavía hay grandes diferencias en las políticas de los países y si bien en años recientes muchos países han actualizado sus políticas para adaptarse a los ideales cambiantes de la prestación de servicios de salud mental (alrededor de la mitad de los países que tienen establecidas políticas de salud mental han adoptado nuevas o han actualizado las políticas existentes a partir de 2005), otros no están actualizados y necesitan mejoras (17). Además, aunque alrededor de 40% de los países con leyes en salud mental establecidas han actua-

Tabla 1. Panorama general de las leyes, políticas, servicios de salud mental y psiquiatras en la Región Europea

	Legislación y política en salud mental					Salud mental en la atención primaria a la salud				Servicios de salud mental con internamiento				
	Año de legislación sobre salud mental más recientemente aprobada o actualizada	Año de política de salud mental más reciente	Políticas, estrategias o planes: desarrollo de servicios de salud mental en la población	Políticas, estrategias o planes: reducción de hospitales psiquiátricos grandes	Políticas, estrategias o planes: salud mental en atención primaria	Identificación y remisión a los servicios de especialistas por trastornos mentales frecuentes en atención primaria	Diagnostico y/o tratamiento de trastornos mentales frecuentes en atención primaria	Identificación y remisión a servicios de especialistas por trastornos mentales graves en la atención primaria	Diagnostico y/o tratamiento de trastornos mentales graves en atención primaria	Hospitales psiquiátricos (servicios de hospitalización)	Unidades de internamiento psiquiátrico en la población /unidades en hospitales generales de distrito	Número de camas de hospitales públicos psiquiátricos por 100.000 de población	Porcentaje de camas psiquiátricas en otros centros además de hospitales psiquiátricos (aproximado)	Número de psiquiatras por 100.000 de población)
Ex UE-15														
Austria	después de 2005	después de 2005	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	52	29%	13
Bélgica	después de 2005	después de 2005	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	152	42%	23
Dinamarca	después de 2005	después de 2005	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	61	ND	11
Finlandia	después de 2005	1999-2004	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	72	99%	26
Francia	después de 2005	después de 2005	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	95	42%	22
Alemania	después de 2005	después de 2005	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	75	40%	8.7
Grecia	1999	1999-2004	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	18	22%	15
Irlanda	después de 2005	después de 2005	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	94	24%	7.3
Italia	1978	después de 2005	Si	ND	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	8	100%	9.8
Luxemburgo	2000	1999-2004	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	97	46%	12
Países Bajos	1999-2004	1999	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	114	18%	14.5
Portugal	1999-2004	después de 2005	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	27	37%	6.7
España	después de 2005	después de 2005	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	47	16%	6.1
Suecia	2000	Antes 1998	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	54	93%	24
Reino Unido	después de 2005	después de 2005	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	23	39%	11
Otros países de la UE														
Bulgaria	después de 2005	después de 2005	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	64	56%	8.7
Chipre	1999-2004	después de 2005	Si	Si	Si	ND	ND	ND	Si	Si	Si	27	22%	6.5
República Checa	después de 2005	1999-2004	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	110	13%	13.7
Estonia	después de 2005	Ninguna política	No	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	56	22%	13
Hungría	1997	1999-2004	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	93	76%	13.7
Latvia	después de 2005	2004	Si	No	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	148	7%	11.3
Lituania	después de 2005	después de 2005	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	88	11%	18
Malta	1981	1994	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	185	Menos del 1%	4
Polonia	después de 2005	después de 2005	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	65	25%	5.5
Rumanía	2002	después de 2005	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	75	28%	4.7
Eslovaquia	después de 2005	1999-2004	Si	Si	Si	Si	Si	ND	Si	Si	Si	96	81%	9
Eslovenia	antes de 1998	1999-2004	No	No	Si	ND	Si	Si	Si	Si	Si	85	15%	5.4
Sudoriental														
Albania	1996	2003	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	24	25%	3
Bosnia y Herzegovina	2000	después de 2005	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	36	33%	1.8
Croacia	1999-2004	después de 2005	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	93	20%	8
Georgia	después de 2005	Ninguna política	No	No	No	Si	No	Si	No	Si	No	29	0%	5.6
Montenegro	después de 2005	1999-2004	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	49	0%	6.4
Serbia	Tiene legislación	después de 2005	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	95	ND	12
A.R.Y. de Macedonia	después de 2005	después de 2005	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	74	14%	9.5
Turquía	1999-2004	después de 2005	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	12	25%	1

ND: información no disponible

Los datos fueron obtenidos de las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (5,12-16). Cuando los datos eran contradictorios entre las publicaciones, se utilizó la fuente más reciente.

Tabla 1. Panorama general de las leyes, políticas, servicios de salud mental y psiquiatras en la Región Europea

	Legislación y política en salud mental					Salud mental en la atención primaria a la salud				Servicios de salud mental con internamiento				
	Año de legislación sobre salud mental más recientemente aprobada o actualizada	Año de política de salud mental más reciente	Políticas, estrategias o planes: desarrollo de servicios de salud mental en la población	Políticas, estrategias o planes: reducción de hospitales psiquiátricos grandes	Políticas, estrategias o planes: salud mental en atención primaria	Identificación y remisión a los servicios de especialistas por trastornos mentales frecuentes en atención primaria	Diagnostico y/o tratamiento de trastornos mentales frecuentes en atención primaria	Identificación y remisión a servicios de especialistas por trastornos mentales graves en la atención primaria	Diagnostico y/o tratamiento de trastornos mentales graves en atención primaria	Hospitales psiquiátricos (servicios de hospitalización)	Unidades de internamiento psiquiátrico en la población /unidades en hospitales generales de distrito	Número de camas de hospitales públicos psiquiátricos por 100.000 de población	Porcentaje de camas psiquiátricas en otros centros además de hospitales psiquiátricos (aproximado)	Número de psiquiatras por 100.000 de población)
CEI														
Armenia	2004	1994	ND	ND	ND	ND	ND	ND	No	Si	Si	45	Menos del 1%	5.8
Azerbaiyán	2001	Ninguna política	No	No	No	Si	No	Si	No	Si	No	48	0%	5
Belarús	1999	Ninguna política	ND	ND	ND	ND	ND	ND	Si	Si	Si	70	6%	10.1
Kazajstán	1997	1997	ND	ND	ND	ND	ND	ND	No	Si	Si	63	9%	6
Kirguistán	1999	2000	ND	ND	ND	ND	ND	ND	No	Si	Si	43	10%	3.4
R. de Moldava	1998	Ninguna política	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	63	0%	6
Federación Rusa	1999-2004	Después de 2005	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	112	12%	10.9
Tayikistán	ND	Ninguna política	ND	ND	ND	ND	ND	ND	No	Si	ND	25	N/A	1.8
Turkmenistán	1993	1995	ND	ND	ND	ND	ND	ND	No	Si	Si	33	9%	3
Ucrania	2000	1988	ND	ND	ND	ND	ND	ND	No	Si	Si	94	3%	8.9
Uzbekistán	2000	1999-2004	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	32	3%	4
Otros														
Andorra	Ninguna legislación	Ninguna política	ND	ND	ND	ND	ND	ND	Si	No	Si	15	100%	10
Islandia	1997	Ninguna política	ND	ND	ND	ND	ND	ND	Si	No	Si	50	100%	25
Israel	2000	Después de 2005	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	59	7%	8.8
Mónaco	1981	Tiene política	ND	ND	ND	ND	ND	ND	Si	No	Si	173	100%	28.5
Noruega	Después de 2005	Después de 2005	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	119	42%	16
San Marino	Tiene legislación	Ninguna política	ND	ND	ND	ND	ND	ND	Si	No	Si	38	100%	15
Suiza	1981	Después de 2005	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	106	6%	30

ND: información no disponible

Los datos fueron obtenidos de las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (5,12-16). Cuando los datos eran contradictorios entre las publicaciones, se utilizó la fuente más reciente.

lizado su legislación o han adoptado nuevas leyes a partir de 2005, alrededor de una cuarta parte de los países todavía tienen leyes establecidas que tienen más de 10 años de antigüedad (tabla 1).

INVESTIGACIÓN EN LA REGIÓN

En las tablas 2 y 3 se muestran los datos de investigación de análisis sistemáticos y estudios randomizados controlados (RCT) en los que se valoran los servicios de salud mental de la población en las regiones. En general, estos datos indican que, en principio, la asistencia a la salud mental en la población es eficaz. Hay ciertos datos indicativos de la eficacia de una integración de la salud mental en los servicios de salud primarios en los diferentes modelos de asistencia, y también de equipos de salud mental en la población, tratamiento asertivo en la población, tratamiento intensivo de casos, intervención en crisis y apoyo al empleo. Sin embargo, los datos de valoración de gran calidad de otros servicios de salud mental tradicionales o especializados en la población no son uniformes o son inexistentes. De hecho, para la mayor parte de los países europeos hay una escasez de investigación de gran calidad sobre los servicios de salud mental basados en la población y la mayor parte de los RCT en la región se han llevado a cabo en el Reino Unido (alrededor del 80%) y en algunos otros países con altos ingresos. Por tanto, los hallazgos pueden no ser aplicables a otros países. Es más, los resultados pueden ser difíciles de comparar en los estudios debido a la falta de claridad sobre el modelo de asistencia (18,19), las diferencias entre los tratamientos de control (18) o una superposición de los componentes del tratamiento basado en la población con el tratamiento habitual (y por tanto se reducen las diferencias en los resultados) (19). Otros problemas son que los servicios valorados en los estudios a menudo no son sostenidos (19) y que hay una falta de estudios que valoren la rentabilidad de los servicios.

Además de los estudios de eficacia, se han realizado algunos estudios de observación y cualitativos en Europa (principalmente en el Reino Unido). Estos han demostrado que el tratamiento en el domicilio es considerado favorablemente por los prestadores de servicios (44) y que los servicios de salud mental en la población específicos, tales como los hogares para atender las crisis en las mujeres, son muy apreciados por los usuarios de los servicios (45). Algunos de los procesos que pueden ser importantes para la eficacia y la sustentabilidad de los servicios de salud mental en la población también se han identificado de esta manera, entre ellos, la satisfacción del personal (47), los puntos de vista sobre el trabajo interdisciplinario (46-51) y la participación de los puntos de vista de los usuarios de los servicios (52,60).

PANORAMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

En general, existe una amplia gama de servicios de salud mental en la población en Europa, y por lo menos algunos están disponibles en todos los países. Sin embargo, si bien algunos países llevan la delantera en la implementación satisfactoria de los servicios de salud mental basados en la población según un «modelo asistencial equilibrado» basado en evidencia científica que integra elementos de los servicios de la población y hospitalarios (4,61-65), en muchos otros el acceso a los servicios basados en la población todavía es muy escaso y suelen consistir en pequeños proyectos preliminares (12).

En términos generales, compatible con las diferencias económicas en la región, la división existe principalmente entre los países orientales y occidentales de Europa. En los países de la UE-15 y otros países predominantemente occidentales con altos ingresos, siguiendo la tendencia a los derechos humanos, la inclusión social y la habilitación en los últimos decenios, puede estar disponible una amplia gama de servicios interdisciplinarios basados en la población pero las personas con problemas de salud mental y la mayoría de los pacientes son tratados fuera de centros mentales (5). En congruencia con el enfoque del «modelo asistencial equilibrado», los hospitales mentales que existen en esto países suelen ser relativamente pequeños, cercanos a las poblaciones (12) y por lo general están situados en salas de agudos en hospitales generales, reduciéndose en la medida de lo posible las hospitalizaciones (9,61).

En los países con bajos y medianos bajos ingresos que no son de la UE ubicados en Europa Oriental, sobre todo los países de la CEI, el acceso a la asistencia basada en la población tiende a ser más limitado. Los grandes hospitales de salud mental suelen ser todavía el fundamento del sistema de asistencia a la salud mental (5) y los servicios de salud mental de la población suelen estar restringidos a policlínicas o dispensarios anexos a un consultorio psiquiátrico. En donde existen servicios adicionales basados en la población, suelen implementarlos organizaciones no gubernamentales (ONG) u organismos internacionales. La gama y la calidad de los servicios de salud mental en los países de la UE después del año 2004 y otros países con ingresos medianos tienen características entre los de la EU-15 y los países de la CEI. Sin embargo, los límites de esta división son vagos y no hay dos países en la región que tengan el mismo sistema de salud mental exacto establecido.

Servicios intrahospitalarios

En general, el número de camas psiquiátricas ha estado disminuyendo constantemente en Europa y cada vez se cierran más hospitales psiquiátricos (7). Sin embargo, en algunos países este proceso ha sido mucho más lento que en otros (9,17). Aunque todavía existen servicios de hospitalización en hospitales psiquiátricos en casi todos los países europeos (las excepciones son Italia, Islandia, Andorra, Mónaco y San Marino), el número de camas psiquiátricas y el equilibrio entre las camas en centros de salud mental y en centros de internamiento en la población varía considerablemente entre los países (véase tabla 1). Si bien en algunos países el número pequeño de camas de hospitalización se debe a los avances considerables que se han logrado para reemplazar a los hospitales psiquiátricos con asistencia basada en la población (el Reino Unido e Italia, por ejemplo), en otros (como Albania y Turquía), el pequeño número de camas refleja una falta de financiación y un déficit en la prestación de servicios para la salud mental en general. Otros países, principalmente países de la UE-15 como Bélgica, Francia, Alemania y los Países Bajos, tienen una combinación de números considerables de camas de internamiento y servicios para la población (12). Sin embargo, en casi todos los países europeos (sobre todo en aquellos de partes orientales) la asistencia intrahospitalaria todavía supera con mucho a la asistencia extrahospitalaria y alrededor de dos tercios de todas las

Tabla 2. Panorama general de las revisiones sistemáticas que valoran los servicios de salud mental a la población en la Región Europa

Autores	Servicio evaluado	Número de estudios incluidos	Resultados principales
Burns et al (18)	Atención extrahospitalaria (gama de servicios) en comparación con hospitalización	91	Ventajas en cuanto a días de hospitalización (sea cual sea el tipo de servicio) No definitivo en cuanto a rentabilidad
Wright et al (19)	Atención extrahospitalaria (componentes de la atención relativos a la eficacia)	55	Visitas periódicas al domicilio y responsabilización de la asistencia a la salud y social con disminución de la hospitalización (sea cual sea el tipo de servicio)
Harkness y Bower (20)	Personal de salud mental en el centro de atención primaria a la salud (modelo de reemplazo en comparación con los servicios de salud mental fuera del centro)	42	Reducción pequeña y no constante del número de consultas por personal de atención primaria, prescripción de psicoactivos, costes de prescripción y tasas de remisión Ningún efecto sobre la prescripción o la remisión en población más amplia de pacientes Rentabilidad no clara
Gilbody et al (21)	Asistencia en colaboración en comparación con asistencia habitual	34	Ningún factor previsivo importante del uso de antidepresivos Factores previsivos clave de desenlaces de síntomas de depresión fueron la identificación sistemática de pacientes, antecedentes profesionales de personal y supervisión especializada
Malone et al (22)	Equipos de salud mental de la población en comparación con asistencia normal no en equipo (proporcionada como tratamiento extrahospitalario, ambulatorio o intrahospitalario)	3	Reducción de hospitalizaciones y número de muerte por suicidio Se fomentó más aceptación del tratamiento
Marshall et al (23)	Tratamiento de casos en comparación con la asistencia normal en la población	10	Incremento del número de pacientes que permanecieron en contacto con los servicios Mayor proporción de pacientes hospitalizados Ninguna ventaja significativa en las variables psiquiátricas o sociales Rentabilidad no definitiva
Marshall y Lockwood (24)	Tratamiento asertivo extrahospitalario en comparación con atención normal en la población, rehabilitación basada en el hospital o tratamiento de casos	20	Mejora los desenlaces y la satisfacción del paciente Reduce los costos de la atención hospitalaria para usuarios frecuentes de atención intrahospitalaria
Burns et al (25)	Tratamiento intensivo de casos en comparación con atención normal en personas con trastornos mentales graves	29	Reducción pequeña pero estadísticamente significativa de los días de hospitalización en general, pero gran variación entre los estudios Los efectos fueron más importantes cuando los pacientes tuvieron un alto uso de hospital al inicio y el tratamiento se apegó más a los principios del tratamiento asertivo extrahospitalario El ámbito del estudio no tuvo ningún efecto
Marshall y Lockwood (26)	Intervención temprana en la psicosis	7	Datos de escasa calidad global y estudios no equivalentes debido a diferentes enfoques de intervención adoptados
Irving et al (27)	Equipos para intervención y resolución en crisis (proporcionados como parte de un programa de tratamiento constante en el domicilio)	5	Reducción de las admisiones Puede ser menos costoso que el tratamiento habitual, pero se necesitan más datos para confirmar esto
Macpherson et al (28) A	tención residencial extrahospitalaria (con personal durante las 24 horas) en comparación con el tratamiento hospitalario normal)	1	Los pacientes tienen más posibilidades de utilizar los servicios sociales y de estar internados más tiempo en centros socialmente constructivos (como de autocuidados, consumo de alimentos con grupo) El estudio fue pequeño y de escasa calidad
Marshall et al (29)	Atención hospitalaria diurna en pacientes agudos en comparación con atención intrahospitalaria	9	Por lo menos una quinta parte de los pacientes ingresados a asistencia bajo internamiento pudieron atenderse en un hospital de días para agudos Mejora más rápida del estado mental, pero no de funcionamiento social Menos costoso

camas psiquiátricas en la región están ubicadas en hospitales psiquiátricos (7).

La salud mental en la asistencia primaria

Si bien todos los países en la región europea tienen cada vez más servicios de salud mental integrados en la asistencia a la salud primaria (véase tabla 1), la magnitud de esto es muy variable. En muchos países el sistema de asistencia a la salud primaria para la salud mental todavía es inadecuado (12) e incluso en los países con altos ingresos la prestación de servicios para la salud mental dentro de la atención primaria a menudo ha sido no óptima (66). La capacitación en salud mental para el personal de atención primaria sólo está disponible en unos dos tercios de los países (12) y suele ser insuficiente, lo cual a menudo da por resultado que no se reconozcan los problemas de salud mental o que se desconozcan los métodos de tratamiento (7,9).

Servicios de salud mental en la población

Aunque hay una tendencia definitiva hacia un incremento de los servicios de salud mental en la población y una dismi-

Tabla 3. Panorama general de estudios randomizados comparativos (RCT) en los que se valoran servicios de salud mental extrahospitalarios en la región europea

Autores	Servicio evaluado	País, número de sujetos	Criterios principales de valoración
Richards et al (30)	Asistencia en colaboración en comparación con la asistencia habitual	RU, 114	Reducción de los síntomas en pacientes depresivos
Killaspy et al (31,32) McCrone et al (33)	Tratamiento asertivo extrahospitalario en comparación con el tratamiento habitual por un equipo de salud mental extrahospitalario	RU, 251	Ninguna diferencia en la necesidad de asistencia intrahospitalaria, desenlaces clínicos o sociales Representó más contacto con los pacientes, pero ninguna diferencia en costes Aumentó la satisfacción de pacientes y participación en los servicios
Morrison et al (34)	Intervención temprana en pacientes con síntomas prodrómicos (psicoterapia cognitiva conductual comparada con sólo vigilancia)	RU, 60	Ninguna diferencia en retirarse del estudio en etapa temprana o transición a la psicosis
Agius et al (35)	Intervención temprana asertiva comparada con equipo habitual de asistencia a la salud mental extrahospitalaria	RU, 125	Diversos beneficios en tres años, pero el estudio no fue completamente randomizado y los pacientes por lo general participaron de manera no habitual en los servicios (de manera que los resultados deben tratarse con cautela)
Petersen et al (36) Bertelsen et al (37)	Intervención temprana intensiva comparada con el tratamiento habitual en pacientes con esquizofrenia del primer episodio	Dinamarca, 547	Mejor desenlace clínico en dos años, pero los efectos no persistieron en el seguimiento a cinco años Diferencias en la proporción de pacientes que vivían en albergues de apoyo y días de hospitalización a favor de la intervención temprana en el seguimiento a cinco años
Johnson et al (38) Cotton et al (39)	Equipo para resolución de crisis (atención a corto plazo en 24 horas) en comparación con el tratamiento habitual en pacientes que experimentaron una crisis tan grave que precisó hospitalización	RU, 260	Reducción de ingresos de pacientes Los pacientes más probablemente hospitalizados eran los que no cooperaban con la valoración inicial, tenían riesgo de autodescuido, antecedentes de hospitalización obligatoria, fueron valorados fuera de las horas habituales de consultas o fueron valorados en los servicios de urgencias de los hospitales Más satisfacción de los pacientes
Priebe et al (40)	Atención en hospital diurno para agudos en comparación con salas habituales	RU, 260	Mayores mejoras en la psicopatología en el alta, pero no en el seguimiento Más satisfacción de los pacientes con el tratamiento en el alta y después de tres meses, pero no después de 12 meses Más costosos
Burns et al (41,42) Catty et al (43)	Servicio de rehabilitación vocacional (apoyo al empleo) en comparación con otros servicios vocacionales de gran calidad	RU, Alemania, Italia, Suiza, Países Bajos, Bulgaria; 312	Empleo competitivo obtenido con más frecuencia, trabajos conservados por más tiempo y más horas trabajadas Mayor número de personas enfermas recibieron ayuda para trabajar Trabajo relacionado con mejores desenlaces clínicos y sociales a los 18 meses Pacientes con antecedente de trabajo previo, un menor número cumplió las necesidades sociales y mejores relaciones con sus trabajadores vocacionales tuvieron más posibilidades de obtener empleo y de trabajar por más tiempo

Nota: En los casos en que se ha publicado un análisis sistemático de un servicio específico, sólo se muestran los RCT que se llevaron a cabo después de la revisión.

nución de la asistencia en centros hospitalarios (12), el ritmo y el grado en los cuales está ocurriendo, así como la calidad de los servicios, es muy variable en toda la región (7,17). Por ejemplo, por lo menos un 85% de los países informan ahora contar con asistencia diurna para la salud mental, pero en algunos países estos servicios tienden a estar vinculados a hospitales psiquiátricos de internamiento prolongado o pueden ser muy escasos, en tanto que otros pueden contar con diversos servicios de atención durante el día disponibles en una selección de ámbitos de la población (12). Por otra parte, el acceso a tales servicios puede ser muy limitado en los países, sobre todo en las partes orientales de la región (12). Variables como ubicación, edad, género sexual, etnicidad, tipo de empleo, tipo de diagnóstico, antecedentes educativos o nivel socioeconómico pueden determinar si se recibe la asistencia y cuál tipo de asistencia (7,9,12,67,68). Un ejemplo de esto es que hay la tendencia a contar con un mayor número de servicios en zonas urbanas en comparación con los ámbitos rurales.

ENSEÑANZAS OBTENIDAS Y RECOMENDACIONES

Presentamos aquí un panorama de las enseñanzas obtenidas en la implementación de los servicios de salud mental en la población de Europa, así como recomendaciones para la región en el futuro. En la guía de la WPA pueden consultarse pasos específicos con respecto a cómo facilitarlas e implementarlas (4).

Brecha de tratamiento

La experiencia clínica y los datos derivados de la investigación han demostrado que la implementación de los servicios de salud mental en la población conforme a un «modelo de asistencia equilibrada» es posible y conveniente (4,61-65). Sin embargo, todavía hay una brecha entre las necesidades de la población y la prestación de servicios efectivos en Europa, tanto en los diferentes países como en cada país (67,68). Para reducir la brecha entre las partes orientales y occidentales de Europa e incrementar los

servicios en toda la región, es necesario enfocarse en el desarrollo de servicios basados en la población en los países de ingresos bajos y medianos y a la vez mantener y mejorar los servicios en países con altos ingresos. Así mismo, es necesario garantizar un acceso equitativo en los países, es decir, en las diferentes regiones y subgrupos de la población (9,12). Las modificaciones en la prestación de servicios se han de planificar cuidadosamente para garantizar una reforma gradual, equilibrada y sostenible, que tenga en cuenta las condiciones locales y los recursos, así como el contexto cultural (61,64).

Un factor importante para lograr que los servicios sean accesibles a poblaciones enteras es la integración continuada de los servicios de salud mental en la asistencia primaria a la salud así como una mejora de la calidad de la asistencia dentro de este sistema. Esto se facilita si se garantiza que haya suficientes cantidades de personal de atención primaria, regulando la capacitación, organizando la supervisión adecuada y constante del personal de atención primaria por los profesionales de la salud mental, atendiendo a las actitudes del personal y creando y gestionando redes de apoyo coordinadas con servicios de salud mental en la población especializados y otros sectores pertinentes (tales como bienestar social, salud, albergue y empleo, así como ONG y el sector privado) (7).

Derechos humanos, estigma e inclusión social

La falta de servicios adecuados de salud mental en la población en algunas partes de Europa puede llevar al aislamiento social de personas con problemas de salud mental e incluso a una violación de sus derechos humanos por negligencia y abuso (12). Aun en países con altos ingresos (en los que los servicios a la población tienden a estar más establecidos), las personas con problemas de salud mental todavía pueden estar sujetas a estigma, prejuicio y discriminación (7). Por tanto, se han de implementar los programas y planes nacionales para garantizar que se respeten los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, se fomente su inclusión social e integración plena en la sociedad (incluso en los lugares de trabajo) y se reduzca el estigma y la discriminación. Estos pueden comprender promoción de la salud mental pública, programas de defensa de los derechos de los pacientes y concienciación, tanto en la población general (p. ej., a través de campañas de medios) como en el personal sanitario y el personal de otros sectores pertinentes ya señalados (7,9-12). Así mismo, es necesaria la vigilancia de los servicios de asistencia y su revisión con regularidad para garantizar que se respeten las normas de derechos humanos (12). Es importante que se incluyan los puntos de vista de los usuarios de los servicios, sus familias y cuidadores (así como algunos otros interesados) en la planificación y en la implementación de las políticas así como en la creación de servicios, su vigilancia y prestación (7,9,12,61,64). En la actualidad, la participación de los usuarios de servicios es máxima entre los países que conforman la UE-15 y otros países de la Unión Europea, pero sólo en las etapas iniciales de desarrollo en casi todos los países de Europa Oriental (12).

Leyes, políticas, planes y programas

Uno de los primeros pasos para garantizar el acceso justo a los servicios para todos es la formulación de leyes de salud mental muy bien planificadas y políticas que tomen en cuenta los puntos de vista de una amplia gama de interesados (9). Aun cuando ha habido muchos avances en los últimos años, varios países de la región europea no cuentan con leyes adecuadas y políticas establecidas en torno a la salud mental. Se han de establecer nuevas políticas nacionales y leyes exhaustivas (que comprendan la promoción de la salud mental, la prevención y la defensa de los derechos de los pacientes) donde no se disponga de ellas y es necesario actualizar las políticas de salud mental y las leyes existentes antiguas. Para esto es preciso que se involucren no sólo los ministerios de salud, sino también los demás sectores ya señalados que pueden ser pertinentes para la asistencia a la salud mental (7,9). Para llevar a cabo los cambios en la implementación de estas políticas y reducir la brecha entre las políticas de salud mental y su puesta en práctica, sobre todo en algunos de los pacientes orientales y del sureste de la región (12), es preciso elaborar planes de implementación y programas detallados, factibles (aunque ambiciosos), sustentables y muy prácticos.

Recursos (financieros y humanos)

Un reto común para implementar las políticas de salud mental es la falta de mecanismos de financiación adecuada para la salud mental, sobre todo en gran parte de Europa Oriental (17). La escasez de recursos humanos tiene relación con esto. Los recursos de personal dedicado a la salud mental han aumentado en varios países de la Unión Europea (9), pero la mayor proporción del personal de la salud mental en Europa está concentrada en algunos países con altos ingresos y todavía se carece de recursos humanos para la salud mental en muchas otras partes de la región (12). Por ejemplo, si bien algunos de los países con altos ingresos como Bélgica, Finlandia e Islandia tienen más de 20 psiquiatras por 100.000 de población, otros países como Turquía o Tayikistán tienen menos de dos (véase tabla 1). Esta escasez suele dar por resultado que se retengan los centros de asistencia mental y que se asigne personal a tales centros (7), lo cual a su vez conlleva una gran insuficiencia de personal en los centros de salud mental de la población (17). Así mismo, el personal relacionado con la salud mental a menudo no tiene la capacitación adecuada debido a los recursos insuficientes para la formación (7,12).

Puesto que se ha demostrado que la asistencia a la salud mental en la población en general es igual de rentable que la asistencia en centros de atención mental (61,62,64,65), una solución para optimizar el empleo de los recursos disponibles es canalizar gradualmente los recursos económicos y humanos desde los grandes centros de asistencia mental hacia los servicios en la población (9,61,62,64,65). Para esto es necesario modificar las funciones, las responsabilidades y la habilidad y experiencia del personal, por ejemplo a través de estrategias dirigidas al personal de salud mental (12) así como nuevos programas de formación en salud mental continuados y la incorporación de la salud mental en los programas de educación sobre la asistencia a la salud (7,9,12,61,64). Así mismo, es preciso abordar ansiedades e incertidumbres del personal debidas a la modificación de las funciones y las estructuras de los servicios (61,64) y deben mejorarse las condiciones de trabajo y vías para el desarrollo profesional a fin de reducir el recambio de personal (7).

Evidencia derivada de la investigación

Una base de evidencia científica es decisiva para determinar la eficacia de los servicios de salud mental en la población. Sin embargo, todavía se carece de ésta en casi todos los países de la región europea, con excepción del Reino Unido y otros países con altos ingresos (principalmente UE-15). Es necesaria la investigación valorativa de gran calidad y bien definida en los países a fin de fortalecer la base de evidencia científica referente a los resultados clínicos y la rentabilidad de los servicios de salud mental en la población, así como la eficacia y eficiencia relativas de las políticas y los programas (12). A fin de evitar la duplicidad innecesaria de la información, esto debe comprender normalizar los sistemas de obtención de datos y las indicaciones de las diferentes partes de la región (por ejemplo a través de la publicación de directrices para la obtención de datos) (7,9,12) y la formación de un consenso sobre definiciones de los componentes del servicio (12). Esto, aunado a los sistemas de difusión adecuada permitirán realizar comparaciones de servicios y programas que estén basadas en evidencia científica, lo cual a su vez proporcionará información para establecer políticas (7,9,12) y permitir una asignación más fundamentada de los recursos limitados (7).

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a otros miembros de la Comisión para Pasos, Obstáculos y Errores a Evitar en la Implementación de la Asistencia a la Salud Mental en la Población de la WPA, a saber, A. Alem, R.A. Dos Santos, R.E. Drake, G. Gregorio, C. Hanlon, H. Ito, E. Latimer, J. Mari, P. McGeorge, R. Padmavati, D. Razzouk, Y. Setoya, R. Thara y D. Wondimagegn. El Dr. Thornicroft es apoyado con una beca de Programa Aplicado del National Institute for Health Research (NIHR) que se otorgó a la South London and Maudsley NHS Foundation Trust, y también por el NIHR Specialist Mental Health Biomedical Research Centre en el Institute of Psychiatry, King's College London y la South London and Maudsley NHS Foundation Trust. La Dra. Semrau es financiada por una beca para estudiante de doctorado del Medical Research Council (UK). Todas las opiniones expresadas corresponden únicamente a las de los autores.

Bibliografía

1. Hanlon C, Wondimagegn D, Alem A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa. World Psychiatry 2010;9:185-9.
2. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. World Psychiatry 2008;7:129-30.
3. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. World Psychiatry 2009;8:65-6.
4. 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.
5. World Health Organization. European health for all database, 2009. Geneva: World Health Organization, 2009.
6. World Bank. Country classification. www.worldbank org.
7. World Health Organization. Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
8. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization, 2008.
9. European Commission. The state of mental health in the European Union. Bruxelles: European Commission, 2004.
10. World Health Organization. Mental health declaration for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
11. World Health Organization. Mental health action plan for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
12. World Health Organization. Policies and practices for mental health in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008.
13. World Health Organization. Mental health atlas - Revised edition. Geneva: World Health Organization, 2005.
14. World Health Organization. WHO-AIMS report on mental health system in Armenia. Yerevan: World Health Organization and Armenia Ministry of Health, 2009.
15. World Health Organization. WHO-AIMS report on mental health system in the Kyrgyz Republic. Bishkek: World Health Organization and Kyrgyz Republic Ministry of Health, 2008.
16. World Health Organization. WHO-AIMS report on mental health system in the Republic of Azerbaijan. Baku: World Health Organization and Azerbaijan Ministry of Health, 2007.
17. Knapp M, McDaid D, Mossialos E et al. Mental health policy and practice across Europe: an overview. In: Knapp M, McDaid D, Mossialos E et al (eds). Mental health policy and practice across Europe. Maidenhead: Open University Press, 2007:1-14.
18. Burns T, Knapp M, Catty J et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. Health Technol Assess 2001;5:1-139.
19. Wright C, Catty J, Watt H et al. A systematic review of home treatment services - classification and sustainability. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004;39:789-96.
20. Harkness E, Bower P. On-site mental health workers delivering psychological therapy and psychosocial interventions to patients in primary care: effects on the professional practice of primary care providers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009;1:CD000532.
21. Gilbody S, Bower P, Fletcher J et al. Collaborative care for depression: a systematic review and cumulative meta-analysis. Arch Intern Med 2006;166:2314-21.
22. Malone D, Marriott S, Newton-Howes G et al. Community mental health teams for people with severe mental illnesses and disordered personality. Schizophr Bull 2009;35:13-4.
23. Marshall M, Gray A, Lockwood A et al. Case management for people with severe mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998;2: CD000050.
24. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998;2: CD001089.
25. Burns T, Catty J, Dash M et al. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. BMJ 2007;335:336.
26. Marshall M, Lockwood A. Early intervention for psychosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006;4: CD004718.
27. Irving C, Adams C, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006;4:CD001087.
28. Macpherson R, Edwards T, Chilvers R et al. Twenty-four hour care for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009;2:CD004409.
29. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A et al. Day hospital versus admissions for acute psychiatric disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003;1:CD004026.
30. Richards D, Lovell K, Gilbody S et al. Collaborative care for depression in UK primary care: a randomized controlled trial. Psychol Med 2008;38:279-87.

31. Killaspy H, Bebbington P, Blizard R et al. The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in North London. BMJ 2006;332:815-20.
32. Killaspy H, Johnson S, Pierce B et al. Successful engagement: a mixed methods study of the approaches of assertive community treatment and community mental health teams in the REACT trial. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2009;44:532-40.
33. McCrone P, Killaspy H, Bebbington P et al. The REACT study: costeffectiveness analysis of assertive community treatment in North London. Psychiatr Serv 2009;60:908-13.
34. Morrison AP, Renton JC, Williams S et al. Delivering cognitive therapy to people with psychosis in a community mental health setting: an effectiveness study. Acta Psychiatr Scand 2004;110:36-44.
35. Agius M, Shah S, Ramkisson R et al. Three year outcomes of an early intervention for psychosis service as compared with treatment as usual for first psychotic episodes in a standard community mental health team: final results. Psychiatria Danubina 2007;19:130-8.
36. Petersen L, Jeppesen P, Thorup A et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. BMJ 2005;331:602.
37. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L et al. Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial. Arch Gen Psychiatry 2008;65:762-71.
38. Johnson S, Nolan F, Pilling S et al. Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the North Islington Crisis Study. BMJ 2005;331:599.
39. Cotton M, Johnson S, Bindman J et al. An investigation of factors associated with psychiatric hospital admission despite the presence of crisis resolution teams. BMC Psychiatry 2007;7:52.
40. Priebe S, Jones G, McCabe R et al. Effectiveness and costs of acute day hospital treatment compared with conventional in-patient care: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2006;188: 243-9.
41. Burns T, Catty J, Becker T et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. Lancet 2007;370:1146-52.
42. Burns T, Catty J, White S et al. The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. Schizophr Bull 2009;35:949-58.
43. Catty J, Lissouba P, White S et al. Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2008;192: 224-31.
44. Owen AJ, Sashidharan SP, Edwards LJ. Availability and acceptability of home treatment for acute psychiatric disorders: a national survey of mental health trusts and health authority purchasers. Psychiatr Bull 2000;24:169-71.
45. Johnson S, Bingham C, Billings J et al. Women's experiences of admission to a crisis house and to acute hospital wards: a qualitative study. Journal of Mental Health 2004;13:247-62.
46. Billings J, Johnson S, Bebbington P et al. Assertive outreach teams in London: staff experiences and perceptions: Pan-London Assertive Outreach Study, Part 2. Br J Psychiatry 2003;183: 139-47.
47. Walker P, Haeney OG, Naik PC. Attitudes to referral to community mental health teams: a questionnaire study. Psychiatr Bull 2005;29:213-4.
48. Chew-Graham C, Slade M, Montana C et al. A qualitative study of referral to community mental health teams in the UK: exploring the rhetoric and the reality. BMC Health Services Research 2007;7:117.
49. Tissier J, Hull S, Jones C. Working relationships between GPs and community mental health teams: a qualitative study. Primary Care Psychiatry 2002;8:21-5.
50. Secker J, Pidd F, Parham A et al. Mental health in the community: roles, responsibilities and organisation of primary care and specialist services. Journal of Interprofessional Care 2000;14:49-58.
51. Mistral W, Velleman R. CMHTs: the professionals' choice? Journal of Mental Health 1997;6:125-40.
52. Slade M, Phelan M, Thornicroft G. A comparison of needs assessed by staff and by an epidemiologically representative sample of patients with psychosis. Psychol Med 1998;28:543-50.
53. Thornicroft G, Slade M. Comparing needs assessed by staff and by service users: paternalism or partnership in mental health? Epidemiol Psychiatr Soc 2002 Jul;11:186-91.
54. Fakhoury WK, Priebe S, Quraishi M. Goals of new long-stay patients in supported housing: a UK study. Int J Soc Psychiatry 2005;51:45-54.
55. Thornicroft G, Tansella M. Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. Epidemiol Psichiatr Soc 2005;14:1-3.
56. Slade M, Leese M, Ruggeri M et al. Does meeting needs improve quality of life? Psychother Psychosom 2004;73:183-9.
57. Hill SA, Laugharne R. Decision making and information seeking preferences among psychiatric patients. Journal of Mental Health 2006;15:75-84.
58. Karlsson B, Borg M, Kim HS. From good intentions to real life: introducing crisis resolution teams in Norway. Nurs Inq 2008;15:206-15.
59. Hopkins C, Niemiec S. Mental health crisis at home: service user perspectives on what helps and what hinders. J Psychiatr Ment Health Nurs 2007;14:310-8.
60. Priebe S, Watts J, Chase M et al. Processes of disengagement and engagement in assertive outreach patients: qualitative study. Br J Psychiatry 2005;187:438-43.
61. Thornicroft G, Tansella M. Better mental health care. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
62. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care – Overview of systematic evidence. Br J Psychiatry 2004;185:283-90.
63. Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. World Psychiatry 2002;1:84-90.
64. Thornicroft G, Tansella M, Law A. Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. World Psychiatry 2008;7:87-92.
65. Thornicroft G, Tansella M. What are the arguments for communitybased mental health care? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003.
66. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Effective health care - Improving the recognition and management of depression in primary care. Bethesda: NHS Centre for Reviews and Dissemination, 2002.
67. World Health Organization. Mental health services in Europe: the treatment gap. Briefing Paper, WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, January 2005.
68. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme - Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. Geneva: World Health Organization, 2008.

La heterogeneidad de la "depresión mayor"

DAVID GOLDBERG

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

El concepto de la depresión mayor, tanto en la ICD como en el DSM, ha sido emblemático para la salud mental en ámbitos de la medicina general. Es el principal trastorno mental que se resalta a los médicos generales y de hospitales y lo han utilizado los gobiernos para sensibilizar al público en general y a los médicos en torno a los problemas de salud mental (1-3). Ha fomentado el desarrollo de formas especializadas de psicoterapia para la depresión. Ha permitido la formación de grupos comunitarios para difundir información precisa sobre la depresión y ha llevado a la creación de programas informáticos que ayudan al autotratamiento utilizando los principios de la psicoterapia cognitiva y conductual (4,5). Estos son logros importantes pero tienen su precio y éste es la creencia de que la «depresión mayor» es una entidad homogénea y en realidad lo que suele ser es un trastorno «mayor».

El diagnóstico de depresión según el DSM se establece cuando el paciente tiene cinco de nueve síntomas, varios de los cuales son opuestos. Por consiguiente, una persona que tiene retraso psicomotor, hipersomnia y que está aumentando de peso, se califica como portadora de síntomas idénticos a otra que está agitada, que no duerme bien y que ha adelgazado. Esto produce verdaderos problemas en los diseños de investigación: por ejemplo, Lux y Kendler (6) tuvieron que agrupar juntos estos síntomas opuestos. Aun así, les fue posible distinguir entre síntomas «cognitivos» y «neurovegetativos» y demostraron que éstos tienen relaciones diferentes con una serie más amplia de validadores potenciales. Llegaron a la conclusión de que sus resultados «cuestionan nuestra comprensión de la depresión mayor como una entidad categórica homogénea». Otros han podido dividir los diferentes síntomas depresivos y comparar la eficiencia relativa de cada síntoma para establecer el diagnóstico (7). Jang et al (8) analizaron por factores una serie más amplia de escalas de síntomas depresivos y determinaron que podrían identificar 14 diferentes subescalas, las cuales tenían correlaciones muy infrecuentes y herencias muy diferentes.

Dados estos hallazgos, parece un pensamiento mágico declarar que todas las personas que satisfacen los criterios del DSM para el diagnóstico de depresión mayor padecen el mismo trastorno. Sabemos que muchos casos más leves remiten sin tratamiento específico, lo que indica que en realidad son respuestas homeostáticas a las tensiones cotidianas (9). La depresión puede ser una reacción tóxica a fármacos, o bien, resultado de trastornos endocrinos como mixedema o síndrome de Cushing. La fase de depresión del trastorno bipolar puede ser difícil o imposible de distinguir de la depresión unipolar. Las formas melancólicas, atípicas y psicóticas de la depresión representan otras variantes más. La depresión con agitación debe distinguirse de la depresión con retraso al seleccionar el antidepresivo más adecuado. Sin embargo, aun con estas exclusiones, hay otras cinco formas de depresión mayor que precisan una gama de respuestas diferentes por parte del profesional clínico.

La primera forma es la depresión que se manifiesta por síntomas somáticos (10). Muchos pacientes con este trastorno pueden mostrar resistencia a aceptar que están deprimidos. En ellos son útiles las medidas adicionales especiales que explican cómo la excitación emocional y la depresión pueden causar sus síntomas somáticos. Por muchos años se han desarrollado tales medidas y en tiempos recientes se han analizado con más detalle (11).

La segunda forma es la depresión con ataques de pánico. Si bien el tratamiento de la depresión es la primera prioridad en estos pacientes, también es importante brindarles consejos con respecto a qué hacer durante un ataque de pánico, ya que después de un breve periodo la mejoría de su depresión detiene los ataques adicionales. Se les debe aconsejar para que no abandonen de inmediato el entorno en el cual ocurre el ataque de pánico, explicarles lo que representan los pensamientos que consideran todo como una catástrofe y darles consejos para que tengan «conversaciones consigo mismos» que sean útiles. Han de recordar que ya han presentado tales ataques con anterioridad y que se les pasará si se calman y recuerdan los pensamientos tranquilizantes que contrarrestan el contenido de sus pensamientos durante un ataque. Tales consejos pueden facilitar el lidiar con los ataques y es menos factible que empeoren.

La tercera forma es la depresión en personas con rasgos obsesivos. Las personas con estos rasgos de su personalidad habitual a menudo presentan conductas obsesivas muy graves y rumiación depresiva durante una depresión. Estas manifestaciones pueden presentarse como los síntomas principales, pero pueden considerarse como epifenómenos de su enfermedad depresiva. Es útil guiar al paciente en las técnicas de interrupción de pensamientos, las técnicas de distracción y en la prevención de las respuestas.

La cuarta forma es la depresión que acompaña a las enfermedades físicas conocidas. Estas depresiones no son muy bien reconocidas por los médicos generales, quienes típicamente se limitan a los tratamientos de la enfermedad física (12). El diagnóstico de estas depresiones se complica por el hecho de que cuatro de las «manifestaciones diagnósticas» de la depresión (fatiga, problemas de sueño, problemas de apetito y pérdida de peso) pueden deberse a la enfermedad física. Esto a veces genera confusión, ya que no parece existir un umbral claro en cuanto al número de síntomas que son necesarios para establecer un diagnóstico si estos síntomas se van a descartar. Sin embargo, si hay una respuesta positiva a cualquiera de las dos preguntas para identificar la depresión, sólo es necesario hacer tres preguntas más que tienen que ver con la concentración deficiente, las ideas de nula autovalía y los pensamientos de muerte. Un total de tres o más de esta lista de cinco síntomas permite el diagnóstico de depresión con gran sensibilidad y especificidad cuando se valoran tomando en cuenta la lista completa de criterios (13,14). El tratamiento satisfactorio de la depresión conlle-

va menos mortalidad y mejor colaboración con los tratamientos físicos necesarios. La tarea especial del médico es lograr que el paciente acepte que en realidad está deprimido y explicarle los efectos que esto tiene en su calidad de vida, la intensidad de cualquier pena que esté padeciendo y la discapacidad relacionada con la enfermedad física. La gama de tratamientos que son eficaces contra la depresión en la persona físicamente sana es eficaz en estos pacientes y la única medida especial que precisa el profesional clínico es cuidar que no se ocurran las interacciones nocivas entre los antidepresivos y los fármacos utilizados para las enfermedades físicas.

La quinta forma es la depresión seudodemencial. En las personas ancianas la depresión puede presentarse como una demencia patente, pero los síntomas principales resultan debidos inatención y a alteraciones de la concentración, en tanto que indudablemente se presentan los síntomas de depresión y pueden ser identificados mediante el interrogatorio directo. La tarea especial aquí radica en tranquilizar tanto al paciente como a quien lo cuida haciéndoles ver que los problemas de memoria no se deben a enfermedad cerebral y probablemente mejorarán bastante con el tratamiento de la depresión.

Las clasificaciones oficiales de los trastornos mentales a menudo abordan la heterogeneidad antes señalada al hacer referencia a la noción de que un paciente específico puede presentar en forma simultánea más de un trastorno «concomitante». Es posible que muchas depresiones se acompañen de síntomas de ansiedad, de manera que estos trastornos debieran describirse de manera más apropiada como «depresiones ansiosas». El concepto de «trastorno por ansiedad generalizada concomitante a depresión mayor» no describe la mayoría de los casos de depresión ansiosa, ya que para este concepto los síntomas de ansiedad deben haber durado seis meses, en tanto que los síntomas de depresión sólo precisan haber persistido durante dos semanas. Por consiguiente, se describe una superpuesta reacción depresiva en una persona con ansiedad crónica y por tanto es un concepto más restrictivo que la depresión ansiosa.

Sin embargo, los síntomas de ansiedad de ninguna manera son los únicos que suelen presentarse con la depresión, ya que la mayoría de los pacientes que acuden a médicos generales presentarán las diversas combinaciones antes señaladas. El concepto de «comorbilidad» no ha llevado a establecer recomendaciones especiales para el tratamiento de las formas muy diversas en las cuales la enfermedad depresiva se manifiesta en diferentes personas. Más bien, aunque se dispone de tratamientos recomendados para cada trastorno mental diferente, la implicación ha sido que estos tratamientos sólo se añaden para cada trastorno concomitante. Los síntomas que se originan como epifenómenos de la depresión no necesariamente precisan la misma gama de intervenciones que los síntomas similares que ocurren en una persona no deprimida, pero necesitan alguna ayuda. Vale la pena de recordar que el decir a una persona que tiene múltiples trastornos mentales es estigmatizante y algo deprimente.

Puede cuestionarse si conviene hacer estas distinciones entre los diversos subtipos de enfermedad depresiva, ya que una vez que ha ocurrido la remisión todos estos síntomas auxiliares posiblemente han remitido de cualquier manera. La justificación se debe en parte a la necesidad de proporcionar diferentes consejos para los síntomas secundarios mientras dura el episodio, así como la posibilidad de que pueda ocurrir la remisión con más rapidez si se brindan consejos adicionales al paciente durante el episodio.

Los cinco subtipos antes enunciados se han seleccionado porque cada uno tiene características específicas que precisan diferentes enfoques clínicos al problema planteado por la depresión. En vez de establecer múltiples diagnósticos, parece preferible tomar en cuenta las principales manifestaciones del problema actual del paciente y responder en forma apropiada a ellas.

Si presentamos síntomas de depresión, podemos presentar otros síntomas, lo que depende de factores de vulnerabilidad en las primeras etapas de la vida, de la estructura de nuestra personalidad y de las características estresantes de nuestro entorno social actual. Es muy erróneo presuponer que diversos patrones de síntomas descritos con frecuencia están rígidamente delimitados y que existe una clasificación en la cual los diversos síndromes son «mutuamente exclusivos y exhaustivos en conjunto».

El profesional clínico debe tratar de brindar consejos útiles al paciente específico que atienda, sin señalar un sistema arcano de múltiples etiquetas diagnósticas impuestas al mismo.

Una depresión mayor en la actualidad se ha convertido en un monolito, con la suposición de que el diagnóstico se puede establecer meramente basándose en el número de síntomas de depresión presentes, con una discapacidad concomitante. Puede ser estratégicamente importante pronunciar tales simplificaciones a los médicos en el contexto de la medicina general, pero es una ficción cómoda.

Bibliografía

1. Paykel ES, Tylee A, Wright A et al. The Defeat Depression Campaign: psychiatry in the public arena. Am J Psychiatry 1997;154(Suppl.):59-65.
2. Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. Changes in depression awareness and attitudes in Australia. The impact of beyondblue: the national depression initiative. Aust N Z J Psychiatry 2006;40:42-6.
3. Regier DA, Hirschfeld RM, Goodwin FK et al. The NIMH Depression Awareness, Recognition, and Treatment Program: structure, aims, and scientific basis. Am J Psychiatry 1988;145: 1351-7.
4. Proudfoot J, Ryden C, Everitt B et al. Clinical efficacy of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2004;185:46-54.
5. Christensen H, Griffiths KM, Jorm AF. Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. BMJ 2004;328:265-8.
6. Lux V, Kendler KS. Deconstructing major depression: a validation study of the DSM-IV diagnostic criteria. Psychol Med 2010;40:1679-90.
7. McGlinchey JB, Zimmerman M, Young D et al. Diagnosing major depressive disorder. VIII. Are some symptoms better than others? J Nerv Ment Dis 2006;194:785-90.
8. Jang K, Livesley W, Taylor S et al. Heritability of individual depressive symptoms. J Affect Disord 2004;80:125-33.
9. Wakefield JC. Diagnosing DSM-IV. 1. DSM-IV and the concept of disorder. Behav Res Ther 1997;35:633-49.

10. TB, Sartorius N. Mental illness in general health care. Chichester: Wiley, 1995.
11. Rosendal M, Burton C, Blankenstein AH et al. Enhanced care by generalists for functional somatic symptoms and disorders in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009;4: CD008142.
12. Goldberg DP. The detection and treatment of depression in the physically ill. World Psychiatry 2010;9:16-20.
13. Zimmerman M, Chelminski I, McGlinchey JB et al. Diagnosing major depressive disorder. X. Can the utility of the DSM-IV symptom criteria be improved? j Nerv Ment Dis 2006;194: 893-7.
14. Andrews G, Anderson TM, Slade T et al. Classification of anxiety and depressive disorders: problems and solutions. Depress Anxiety 2008;25:274-81.

Cooperaciones para una mejor salud mental en el mundo: recomendaciones de la WPA en torno a los mejores procedimientos para trabajar con usuarios de servicios y cuidadores familiares

Jan Wallcraft[1], Michaela Amering[2], Julian Freidin[3], Bhargavi Davar[4], Diane Froggatt[5], Hussain JAfri[6], Afzal Javed[7], Sylvester Katontoka[8], Shoba Raja[9], Solomon Rataemane[10], Sigrid Steffen[11], Sam Tyano[12], Christopher Underhill[9], Henrik Wahlberg[13], Richard Warner[14], Helen Herrman[15]

[1]School of Social Policy, Universities of Birmingham and Hertfordshire, UK; [2]Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical University of Vienna, Austria; [3]Psychiatry Department, Alfred Hospital, Melbourne, Australia; [4]Center for Advocacy in Mental Health, Pune, India; [5]World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders, Toronto, Canada; [6]Alzheimer's Pakistan, Lahore, Pakistan; [7]Medical Centre, Nuneaton, UK; [8]Mental Health Users Network of Zambia, Lusaka, Zambia; [9]BasicNeeds; [10]University of Limpopo, South Africa; [11]European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness; [12]University of Tel Aviv, Israel; [13]Nordic Network for Cultural Psychology and Psychiatry; [14]University of Colorado, Denver, CO, USA; [15]University of Melbourne, Australia

El presidente de la WPA M. J estableció en 2008 la Comisión sobre los Mejores Procedimientos para Trabajar con Usuarios de Servicios y Cuidadores, cuyo presidente es H. Herrman. La Comisión tenía como cometido establecer recomendaciones para la comunidad internacional interesada en la salud mental con respecto a cómo llevar a cabo actividades en colaboración en forma satisfactoria. El trabajo comenzó con un análisis de la bibliografía sobre la participación de usuarios de servicios y cuidadores y su cooperación. Esto planteó una gama de consideraciones para procedimientos satisfactorios, entre ellos la selección de la terminología apropiada, el esclarecimiento del proceso cooperativista y la identificación y disminución de los obstáculos para un trabajo en cooperación. En base al análisis de la bibliografía y en los conocimientos compartidos por la Comisión, se elaboró una serie de 10 recomendaciones para un procedimiento satisfactorio. Estas recomendaciones constituyeron la base de una consulta internacional a los interesados con habilidad y experiencia como usuarios de servicios, familias y cuidadores y la Junta y el Consejo de la WPA. Los resultados mostraron un sólido consenso de la comunidad internacional con interés en salud mental sobre las 10 recomendaciones y el acuerdo más contundente provino de usuarios de servicios y cuidadores. Este consenso general representa la base para los planes de la comisión de buscar apoyo en actividades que fomenten el trabajo compartido en todo el mundo a fin de identificar los ejemplos de mejores procedimientos y crear un recurso que ayude a otros a iniciar una colaboración satisfactoria.

Palabras clave: Usuarios de servicios, cuidadores de familia, salud mental, colaboraciones, mejores procedimientos.

(World Psychiatry 2011;10:229-236)

Durante los últimos años varios países (incluidos Estados Unidos, Reino Unido, Irlanda, Australia, Nueva Zelanda y Canadá) han adoptado una orientación al restablecimiento como un principio que guía sus políticas en salud mental (1). Es clave para este desarrollo un enfoque cooperativista entre expertos en salud mental y usuarios de los servicios de salud mental, sus familias y amigos.

Los usuarios de los servicios y sus familias tienen un papel importante que desempeñar en abogar por mejorar la reputación de la experiencia y pericia y de los servicios en salud mental así como la de las personas con una experiencia práctica en las enfermedades mentales. En los últimos años, los usuarios de servicios y los cuidadores han participado de una manera constructiva en una gama de actividades que incluyen abogar por apoyo para la investigación, los cuidados y la inclusión social y los proyectos de autoayuda. La WPA ha cooperado en varios niveles con diferentes organizaciones de usuarios y cuidadores, al igual que con simposios tripartitos en congresos y en membresías afiliadas, y los resultados han sido favorables. Las acciones realizadas en varios países para modificar las actitudes de la población y mejorar la asistencia a la salud mental en cooperación han producido resoluciones y directrices pero todavía no se ha logrado su uso generalizado y los cambios estructurales que precisan (2).

Los fundadores de la WPA incluyeron entre sus objetivos un papel importante como portavoz de la dignidad y los derechos humanos de los pacientes y las familias (3). Después, la WPA ha elaborado directrices éticas para el ejercicio psiquiátrico, incluida la declaración de Madrid (4) que establece normas para respetar a los pacientes, tratarlos como colaboradores en el proceso terapéutico y salvaguardar la dignidad humana y los derechos legales.

COMISIÓN DE LA WPA SOBRE LOS MEJORES PROCEDIMIENTOS PARA TRABAJAR CON USUARIOS DE SERVICIOS Y CUIDADORES

En el año 2008, el Presidente de la WPA, M. Maj, estableció una Comisión bajo la dirección de H. Herrman que determinara Los mejores Procedimientos para Trabajar con Usuarios de Servicios y Cuidadores a fin de apoyar el plan de acción de la WPA para los años de 2008 a 2011 (5) y una de sus metas: «Brindar apoyo a los programas internacionales y nacionales dirigidos a proteger los derechos humanos de personas con trastornos mentales; promover la participación significativa de estas personas en la planificación y la implementación de servicios en salud mental; fomentar el desarrollo de los procedimientos centrados en la persona en psiquiatría y medicina; y promover la equidad en el acceso a los servicios de salud mental para personas de diferente edad, género sexual, raza, y etnicidad, religión y posición socioeconómica».

La WPA invitó a los usuarios de servicios y a los cuidadores familiares a unirse a la Comisión, reconociendo su contribución

esencial a mejorar la salud mental en todo país. La Comisión tuvo el cometido de preparar recomendaciones para la comunidad internacional en salud mental sobre los mejores procedimientos para trabajar con usuarios de servicios y cuidadores.

La Comisión definió la necesidad primaria de establecer un enfoque unificado para abogar por la salud mental y los derechos humanos al nivel del país y al nivel internacional. El apoyo adecuado para los servicios de salud mental y de mejora de la salud mental en toda población exige una voz unificada. Para lograr esto será necesario brindar apoyo a la capacidad de cada grupo para trabajar eficazmente en colaboración. Puesto que los usuarios de servicios y los cuidadores familiares suelen carecer de la potencia para interactuar de manera equitativa con los profesionales y las autoridades sanitarias, la ayuda para desarrollar esta fuerza es mutuamente importante para ellos y para la WPA y también para la comunidad internacional de la salud mental en general (2).

ANÁLISIS DE LA BIBLIOGRAFÍA SOBRE LA PARTICIPACIÓN DEL USUARIO DEL SERVICIO Y DEL CUIDADOR

Se llevó a cabo un análisis bibliográfico sobre la participación de los usuarios de servicios y de cuidadores en las mejoras de la salud mental. El propósito fue identificar y resumir la investigación existente y las directrices relativas a la colaboración entre los profesionales de la salud mental y los usuarios de servicios/familia/cuidadores en los campos de normatividad, procedimientos, investigación, valoración, capacitación, educación, lucha contra el estigma y la discriminación e integración de los esfuerzos de grupos para la obtención de recursos que brinden apoyo a un procedimiento satisfactorio en investigación, asistencia, rehabilitación e inclusión social. Los métodos para el análisis de la bibliografía consistieron en búsqueda en bases de datos y establecimiento de enlaces con usuarios de servicios y organizaciones de cuidadores, al igual que con los organismos nacionales internacionales dedicados a la salud mental y otras entidades que intervienen en la promoción de los derechos de las personas con discapacidades. Los resultados del análisis se presentan en los siguientes párrafos por lo que respecta a temas claves identificados en la literatura.

Terminología

La terminología es un aspecto importante para el trabajo en cooperación, ya que aclara quién debiera intervenir, cómo esas personas y grupos se ven a sí mismas y sus respectivas funciones, así como las formas y los niveles de participación, y dónde y de qué manera ocurren (6,7).

La terminología para cada grupo de interesados puede ser debatida incluso entre el grupo pertinente, por ejemplo, el deseo de las personas de que se les llame «consumidores», «usuarios de servicios», «pacientes», «clientes» o «sobrevivientes» difiere de un individuo y un grupo a otros y también es motivo de controversia entre los otros grupos. Así mismo, las personas que participan como miembros familiares pueden querer que se les llame «cuidadores» o «prestadores de cuidados» o simplemente «familia» o «amigos» (8).

Se define la cooperatividad como una relación de colaboración entre usuarios, cuidadores y profesionales clínicos. Las formas de cooperatividad pueden fluctuar desde proporcionar información a usuarios de servicios o a servicios coordinados por la familia y cuidadores y comprenden diversos tipos de colaboración (9,10). Las formas y los niveles, desde informar hasta compartir las facultades y el liderazgo por familias y usuarios de servicios, deben ser un aspecto clave de las directrices, ya que la claridad con respecto a lo que se ofrece o está disponible es un aspecto esencial para establecer los términos de la cooperatividad (11).

Los lugares para la cooperatividad comprenden la asistencia personal al nivel básico (12), desde los ámbitos local, regional, nacional e internacional donde puede tener lugar la participación. Cada lugar tiene sus propios niveles (13,14). Por ejemplo, al nivel de la persona, alguien puede estar informado de sus opciones, ser apoyado para tomar decisiones o recibir los recursos para adquirir sus propios servicios. Al nivel nacional, las personas pueden recibir información de las decisiones tomadas, consultadas en una etapa temprana mediante encuestas, invitadas como miembros a comités nacionales o recibir financiación para establecer sus propios programas nacionales.

Otros criterios para la cooperatividad son el tipo de servicio, el grupo diagnóstico, cuando la cooperatividad se enfoca en aspectos concretos del trabajo psiquiátrico como por ejemplo al establecer nuevos servicios en la población para personas con diagnóstico de trastornos de la personalidad (15).

Esclarecimiento del proceso de cooperatividad

Este comienza con el establecimiento de las metas y procede a través de todas las acciones para especificar cómo tendrán lugar el trabajo, cómo vigilar y valorar el trabajo y utilizar lo que se ha aprendido de manera que sirva de información para el trabajo futuro. El análisis permitió identificar una gama de actividades en las cuales los usuarios de los servicios y las familias han participado, entre ellos, formación y educación, abogacía, investigación y valoración, planificación, asistencia y prestación de servicios (16-18). La claridad en torno a propósitos, objetivos, procesos, medición de los resultados y aprendizaje de lo realizado son pertinentes a cada una de éstos y ayudan a garantizar el éxito y la duración prolongada (7).

Obstáculos para la cooperatividad

El análisis demostró que los mismos obstáculos para la cooperatividad emergen una y otra vez en la bibliografía (19,20), en tanto que las acciones y los sistemas que apoyan la participación también cada vez resultan más claros.

La cooperatividad puede verse dificultada por la falta de claridad sobre la cuestión de la representatividad o la responsabilidad (2). La falta de compromiso por los prestadores de servicios, planificadores y personal profesional a menudo se demuestra en el «simbolismo» —es decir, escaso número de participantes, apoyo deficiente por lo que respecta a financiación y acceso a los recursos o falta de apoyo y formación para los interesados (9). Todo mundo necesita capacitación para trabajar en colaboración.

Otro obstáculo característico tiene que ver con la normatividad y la estrategia. Las organizaciones precisan una normatividad clara acerca de la cooperatividad y el personal debe conocer las políticas existentes y cómo ponerlas en práctica.

Diferentes objetivos entre los interesados pueden crear obstáculos para el trabajo en colaboración satisfactorio (22,23) y

el análisis de la literatura pertinente demostró una gama de objetivos que cada grupo incorpora en el proceso. Los usuarios de servicios y los pacientes pueden interesarse en las instalaciones básicas y los tratamientos, los derechos humanos y las opciones, en tanto que las familias también buscan mejor atención para la persona que se va a atender, más el derecho a involucrarse más en la asistencia así como más ayuda para ellos mismos. Las inquietudes del personal pueden fluctuar desde el interés por lo que se espera de ellos y de qué manera agregar la participación a sus otras tareas, para el mejoramiento global del servicio y para cumplir los objetivos. Los administradores pueden interesarse en los costos y en los objetivos del gobierno. Los comisarios tienen que equilibrar los intereses del público con las opciones y los derechos y los gobiernos quieren atender problemas de interés para el electorado.

Un procedimiento satisfactorio que apoya la colaboración

En el análisis se identificaron varios aspectos de un buen procedimiento para la participación de usuarios de servicios y familias, entre ellos: la participación desde el inicio en nuevas iniciativas y en modificar los servicios existentes; la concienciación de aspectos culturales que se relacionan con diferentes grupos en la población; atacar el estigma y la discriminación entre el público y el personal; la claridad y la honestidad con respecto a lo que es posible, lo que se espera, lo que no es posible; asegurarse de que la participación no esté contaminada de coerción, control o manipulación, garantizar que haya una disponibilidad genuina para promover el cambio, una gama de métodos y oportunidades de participación que se adapte a las necesidades y las capacidades; abordar los aspectos de la accesibilidad (práctica y económica); el proporcionar más control de los presupuestos de participación a grupos de usuarios de servicios y cuidadores; apoyo y supervisión disponible y constante para las personas que participan; apoyo y financiación para habilitar la representatividad y la responsabilidad ante grupos más amplios; aumentar la capacidad para los usuarios de servicio, familias y público; formar al personal en los procedimientos de participación satisfactorios; defensa y apoyo a la participación de los niveles más altos hacia abajo; apoyo para que el personal realice el trabajo de participación; normas de participación claras que sean «propias» y sean comprendidas por todos los interesados; vigilancia y valoración de la participación y divulgación de los resultados; apreciación de la participación y darla a conocer para que sea apreciada por los prestadores de servicios y quienes planifican.

Ejemplos de participación que funcionan

El análisis de la literatura permitió identificar ejemplos de colaboraciones satisfactorias. Usuarios de servicios y cuidadores participan en la formación de personal de la salud mental en el Reino Unido (17). Los usuarios de servicios intervienen en la vigilancia de los servicios o en crear indicadores de resultados en algunos países (24,25). En muchos países, los usuarios de servicios y los cuidadores forman parte de comités para planificar y administrar los servicios (26) aunque la participación de la familia en los comités es menos frecuente (27). Los asesores de usuarios son empleados con éxito en Australia (20,28). El diálogo (reuniones para charlas periódicas fuera de los ambientes laborales entre los interesados) es otro método que ha resultado eficaz en Alemania y Austria (29,30). En algunos países se han elaborado directrices para el trabajo en colaboración (11,31,32).

PROCESO DE CONSULTA A LA COMISIÓN

La primera reunión de la Comisión tuvo lugar en Viena en marzo de 2010. Antes de la reunión, se les pidió a los miembros que valorasen y comentasen la pertinencia y la importancia de los temas identificados en la literatura. La Comisión recurrió a la encuesta sobre la bibliografía y este análisis temático, así como a los ejemplos de mejores procedimientos en sus propios países y experiencias personales de sistemas y procedimientos en salud mental. La reunión estableció un ejemplo de colaboración y cooperación, reuniendo a una gama de interesados. Una persona de la India participó a mediante conexión por Skype. En un término de dos días, el grupo reunió una gama de conocimientos e ideas, debatió los problemas y extrajo conclusiones compartidas que se presentaron en la primera versión de las 10 recomendaciones.

Métodos de consulta

Se elaboraron dos métodos de consulta. El primero fue una encuesta en línea a los usuarios de los servicios y a los cuidadores y a los miembros de la Junta y el Consejo de la WPA. En el segundo, la Comisión consultó a personas comunes que eran usuarias de los servicios y cuidadoras. C. Underhill y S. Raja, asesores especiales de la Comisión de BasicNeeds, ofrecieron la experiencia de esta organización en la consulta popular para llegar a las personas con experiencia personal en enfermedades mentales en Kenia, Laos y Sri Lanka. La consulta fue concebida para habilitar a personas que residían en regiones distantes y a las que no podían leer para ser consultadas. B. Davar coordinó una serie de microconsultas con organizaciones y un experto individual en cuatro ciudades de la India.

La Comisión también consultó al Comité sobre Ética de la WPA e invitó al presidente y a un miembro adicional, quien también es funcionario de la World Association of Psychosocial Rehabilitation, para asistir a la Comisión como asesores especiales a fin de valorar enmiendas a la Declaración de Madrid de la WPA.

Encuesta en línea

Se estableció contacto con expertos individuales mediante correo electrónico y se les invitó a llenar un cuestionario electrónico breve. Para la encuesta de los usuarios de servicios y cuidadores, se trazó una lista de consultas. Algunas de las personas incluidas eran directores de organizaciones no gubernamentales (ONG) que trabajan en el campo de la salud mental. Se identificaron otras organizaciones e individuos del análisis de la literatura. Cada uno de los miembros de la Comisión hizo contribuciones en lo referente a individuos, grupos y redes que pudiesen participar en la consulta. Se buscaron expertos interesados en cada país donde los miembros del grupo de la Comisión tenían contactos, lo cual comprendió la mayor parte de los continentes del mundo. Puesto que no hubo recursos para traducción, los participantes tenían que hablar inglés. Se tomó la decisión para consultar a expertos individuales, ya que el consultar a miembros de las organizaciones podría tar-

dar demasiado. Sin embargo, una organización, la Federación Europea de Asociaciones de Familias de Personas con Enfermedades Mentales (EUFAMI), pudo efectuar la consulta a sus miembros.

Cada una de las 10 recomendaciones fue el tema de una pregunta. Se les pidió a los informantes que calificaran el acuerdo con la recomendación y también se les dio espacio para un comentario opcional. La decimoprimera pregunta fue una invitación abierta para enumerar temas adicionales.

Se hizo circular la encuesta en junio y julio de 2010 y se devolvieron las respuestas en agosto. Entre los 151 usuarios de servicios y cuidadores que fueron invitados a participar, 126 respondieron, hubo 24 respuestas de 30 miembros de la Junta y el Consejo de la WPA.

Los resultados se presentaron y se analizaron en la segunda reunión de la Comisión en el Congreso Internacional de la WPA en Pekín en septiembre de 2010.

Consultas en cuatro países de bajos ingresos

Se llevó a cabo en tres países una serie de consultas a usuarios y cuidadores que participaron en los programas de campo de BasicNeeds. Un total de 1197 usuarios y cuidadores participaron; 32 en República Democrática Popular Lao, 62 en Sri Lanka y 1103 en Kenia. La mayoría provenía de familias rurales con bajos ingresos. En Kenia también se efectuaron consultas con organizaciones nacionales existentes de usuarios de servicios, a saber, la Fundación de Kenia para la Esquizofrenia y Los Usuarios y Sobrevivientes de la Psiquiatría, donde los participantes provenían de familias urbanas de clase media y alta. En Sri Lanka y Kenia se elaboraron guías sobre temas para discusión basándose en las recomendaciones seleccionadas para utilizar en las consultas. En República Democrática Popular Lao se elaboró un instrumento para discusión el cual tenía seis preguntas, como guías para facilitar los debates en las consultas.

En un periodo similar se llevaron a cabo consultas a cinco organizaciones y un experto individual en cuatro ciudades de la India (Pune, Bangalore, Nueva Delhi y Chennai).

RESULTADOS DE ENCUESTAS Y CONSULTAS

En los siguientes párrafos comunicamos el resultado de la encuesta relativa a cada una de las 10 recomendaciones bosquejadas en marzo de 2010.

El respeto a los derechos humanos constituye la base de las colaboraciones satisfactorias para la salud mental

Los usuarios de servicios y los cuidadores informantes por lo general estuvieron de acuerdo en que los derechos constituyen la base para las colaboraciones. Sin embargo, hubo diferentes opiniones en torno a la aplicación de los derechos humanos. Algunos arguyeron que, aun cuando fuese necesaria la restricción física, las actitudes y la conducta debieran ser respetuosas de la persona. Otros arguyeron que la coerción casi siempre se experimenta como falta de respeto y les preocupaba que los decretos de leyes de derechos humanos en algunos países explícitamente excluyesen de algunas prestaciones a personas con un diagnóstico psiquiátrico. Algunos arguyeron que era necesario apartar los derechos humanos cuando alguien se encontraba en un estado psicótico.

Los informantes de la Junta y el Consejo de la WPA también estuvieron de acuerdo en que los derechos humanos constituyen la base para el ejercicio psiquiátrico, pero algunos arguyeron que era más importante el respeto que los derechos generalizados. Otros señalaron que la salud y el tratamiento representan derechos y que esto podría precisar un tratamiento contra la voluntad de alguien que se hallase en un estado psicótico.

Leyes, normas y procedimientos clínicos pertinentes a las vidas y la atención a personas con trastornos mentales deben elaborarse en colaboración con usuarios y cuidadores

Los usuarios de servicios y los cuidadores informantes estuvieron de acuerdo en que es necesaria la colaboración; por lo demás, la legislación, las normas y los procedimientos clínicos estarán basados en una agenda unilateral dirigida por el gobierno y los prestadores de servicios. Puesto que la salud mental es un campo debatido, los usuarios de servicios precisan asegurarse de que el servicio que reciben es respetuoso de las personas en su calidad de ciudadanos. Hubo inquietudes en torno a que las diferencias de poder entre pacientes y prestadores de servicios puedan dificultar una colaboración genuina.

Los informantes de la Junta y el Consejo de la WPA estuvieron de acuerdo en que debía haber más avances hacia una colaboración genuina, pero plantearon inquietudes en torno a quién se consultaría, para garantizar la representación genuina de quienes padecían las enfermedades mentales más graves y sus familias así como las necesidades y culturas locales.

La comunidad internacional en salud mental debiera promover y apoyar el desarrollo de organizaciones de usuarios y organizaciones de cuidadores

Los usuarios de servicios y los cuidadores informantes pidieron un mayor reconocimiento de la contribución de los movimientos de apoyo de compañeros y de usuarios de servicios en respaldo al bienestar y mejora de la prestación de servicios. Se externaron inquietudes en el sentido de que debía haber organizaciones sólidas independientes para expresar las opiniones de los usuarios de servicios y de cuidadores tanto por separado como en colaboración cuando fuese posible, sin poner unos en contra de otros.

Los informantes de la Junta y el Consejo de la WPA estuvieron de acuerdo en que es importante el apoyo a las organizaciones de usuarios de servicios y cuidadores, con algunas reservas relativas a cuáles organizaciones serían apoyadas en sus propósitos y objetivos, y que es importante el respeto por las diferentes culturas y valores locales.

La mejora de la salud mental de la población debiera ser una condición fundamental para formular normas que respalden el desarrollo económico y social. Esto exige la participación de todos los sectores de la sociedad

Los usuarios de servicios y cuidadores informantes consideraron que la salud mental es un aspecto central de la salud y recomendaron acciones no limitadas sólo a los conocimientos médicos de la salud mental, sino trabajar también en formas que apoyen el bienestar de las poblaciones y ambientes más saludables. Sin embargo, las reservas comprendieron el hecho

de que algunas personas podrían no desear participar y también que la psiquiatría en la población se podría mal utilizar para ampliar el cumplimiento de la medicación psiquiátrica sin un enfoque más amplio en el bienestar.

Los informantes de la Junta y el Consejo de la WPA estuvieron de acuerdo en que en general hay una mayor necesidad de ejercer presión en los gobiernos y tratar de aleccionar a la población sobre la salud mental y que ésta no puede existir donde no estén satisfechas las necesidades básicas de agua, sanidad, alimentación y abrigo. Sin embargo, se expresó la preocupación de que los recursos económicos invertidos en la promoción de la salud mental más amplia no necesariamente ayudarían a las personas a vivir con enfermedades mentales.

Las organizaciones profesionales internacionales y locales, incluida la WPA, a través de sus programas y asociaciones integrantes, debieran buscar la participación de consumidores y cuidadores en sus propias actividades

Los usuarios de servicios y cuidadores informantes estuvieron de acuerdo en que la inclusión es un principio importante y se debiera haber financiamiento para garantizar que suficientes personas puedan participar y realmente contribuir de manera importante. Las salvedades comprendieron el hecho de que la participación podría ser sólo de palabra y no contribuir en grado importante a las opciones de servicios que se ofrecen. Se manifestó la inquietud de que los usuarios de servicios y los cuidadores no debieran verse como intercambiables y que los grupos invitados a participar debieran ser independientes del financiamiento por la industria farmacéutica.

Los informantes de la Junta y el Consejo de la WPA estuvieron de acuerdo en que las organizaciones profesionales debían tener iniciativa para aceptar la colaboración de organizaciones no gubernamentales y organizaciones de usuarios de servicios y familias.

La mejor asistencia clínica a cualquier persona en situaciones agudas o de rehabilitación se realiza con la colaboración de usuario, cuidadores y profesionales clínicos

Los usuarios de servicios y los cuidadores informan que se estuvo de acuerdo en que la participación debe ser significativa y no solo simbólica. Arguyeron que las personas necesitan contribuir a los debates en torno a su propia atención y salud y poder asumir la responsabilidad de su propio restablecimiento. Hubo inquietudes con respecto a quién toma la decisión sobre el tratamiento y sobre los posibles conflictos de interés entre usuarios de servicios y familiares. A los familiares les preocupaba que a menudo no se les tomase en cuenta. Algunos usuarios de servicios cuestionaban que fuese posible a la colaboración cuando el tratamiento agudo se administraba de manera forzada.

La consulta a BasicNeeds reveló que los usuarios de servicios y los cuidadores consideran importante el acceso al tratamiento y la colaboración sensible con los prestadores de los servicios para mantener su motivación en el tratamiento. Los cuidadores consideraron que necesitan apoyo para hacer frente a crisis tales como la conducta suicida. Piensan que es importante y muy necesaria la colaboración entre usuarios de servicios, cuidadores y profesionales clínicos. Desean asegurarse de que los profesionales clínicos comprendan que son más importantes los pacientes que sus enfermedades.

Los usuarios de servicios participantes en las microconsultas en India por lo general comentaron su deseo de mayor participación en su propio tratamiento, de ser escuchados por los médicos y de recibir explicaciones de sus tratamientos. Pedían tratamientos que tomasen en cuenta la creatividad y la espiritualidad de las personas y querían que se les ofreciese alternativas a medicamentos con menos efectos secundarios. Los familiares en la India expresaron su inquietud de que las personas con enfermedades mentales recibiesen peores servicios que otros grupos de pacientes. A los médicos se les tiene gran respeto pero esto brinda a sus palabras gran poder y deben tener cuidado sobre el efecto de sus palabras. Los familiares también desean más diagnósticos multidimensionales y equipos interdisciplinarios.

Los informantes de la Junta y el Consejo de la WPA estuvieron de acuerdo en que la colaboración es importante pero que esto no siempre podría precisar los tres miembros del triálogo y en ocasiones puede involucrar a otros, por ejemplo, los ancianos de la población en sociedades tradicionales.

El mejoramiento de la educación, la investigación y la calidad en la asistencia a la salud precisa la colaboración entre usuarios, cuidadores y profesionales clínicos

Todos los grupos de informantes estuvieron de acuerdo con este principio. Los usuarios de servicios y los cuidadores informantes hicieron notar su importancia dado que las nuevas ideas y paradigmas como el restablecimiento y la atención en la población están modificando el tratamiento y la asistencia en algunos países. Algunos querían que los usuarios de servicios dirigiesen para permitir nuevas comprensiones de los temas de la salud mental desde sus perspectivas. Los familiares también arguyeron en pro de un papel más protagonista basado en su contribución a la asistencia. Se sugirió que también participasen los curanderos tradicionales.

El camino al restablecimiento de la salud mental debiera incluir la atención a la inclusión económica y social (p. ej., en campos como la provisión de educación apropiada, abrigo, empleo y apoyo legal y de la familia)

Los usuarios de servicios y los cuidadores informantes por lo general estuvieron de acuerdo en que el restablecimiento debiera ser algo más que el control de los síntomas y comprender el mejoramiento de la calidad de las vidas de las personas. Las inquietudes comprendieron preocupaciones de que se diera muy escasa importancia al empleo, lo cual puede no ser apropiado para todos. Así mismo, se señaló que las personas necesitan restablecerse de los efectos secundarios de los fármacos y del tratamiento electroconvulsivo utilizado.

La consulta a BasicNeeds reveló que los usuarios y los cuidadores desean oportunidades de educación y de trabajo ya que estos son factores importantes que habilitan a las personas para lidiar con su enfermedad y contribuyen a la aceptación por la familia y la sociedad. El restablecimiento comprende poder participar en actividades religiosas y sociales.

Los familiares en la India deseaban más apoyo social, establecer contacto con las culturas locales y tomar en cuenta factores ambientales.

Los informantes de la Junta y el Consejo de la WPA por lo general estuvieron de acuerdo en que son importantes los factores sociales y económicos que determinan la salud mental. Sin embargo, algunos dijeron que es necesario lograr un equilibrio entre el tratamiento psiquiátrico médico y la provisión de educación y abrigo; algunos expresaron la inquietud de que en la actualidad hay un movimiento para ignorar las causas biológicas de las enfermedades mentales graves y comprender estos padecimientos como «enfermedades de la sociedad».

Las Asociaciones Integrantes de la WPA y otros grupos profesionales debieran colaborar con organizaciones de usuarios, organizaciones de cuidadores y otras organizaciones sociales para ejercer presión ante los gobiernos a fin de lograr voluntad política y acciones para financiar mejor los servicios, educar a la población y luchar en contra del estigma

Los usuarios de servicios y cuidadores informantes por lo general estuvieron de acuerdo con que esto es importante y que la lucha en contra del estigma y la discriminación es esencial. Sin embargo, se externaron inquietudes de que existen diferencias económicas y de poder, así como diferencias de perspectiva entre los grupos que podrían dificultar esta colaboración. Hubo reservas en torno al trabajo contra el estigma, el cual se ha considerado inútil cuando ha sido dirigido por los gobiernos o financiado por la industria farmacéutica. Se prefiere la anti-discriminación, sobre todo en derechos y empleo, como un concepto contra el cual luchar.

La consulta a BasicNeeds reveló que los usuarios de servicios y los cuidadores consideraban que es importante aleccionar y sensibilizar a sus poblaciones así como a los administradores locales sobre la salud mental y las necesidades de las familias afectadas, y en torno a la escasez de psicofármacos y disponibilidad de personal capacitado.

El fortalecimiento de usuarios y la habilitación de cuidadores comprende la creación de grupos de autoayuda, la participación en juntas de planificación y gestión de servicios, el empleo de personas con discapacidades en salud mental en la prestación de servicios de salud mental, los centros sociales gestionados por usuarios y casas-club psicosociales, oficina de conferencistas y programas locales y contra el estigma

Los usuarios de servicios y los cuidadores informantes básicamente estuvieron de acuerdo con esto, pero también señalaron que en algunos casos significaba ir más allá de los servicios y el diagnóstico hacia la vida tradicional. Los cuidadores dijeron que también podían emplearse en la prestación de servicios en salud mental. Sin embargo, en los países en vías de desarrollo hay un largo camino por recorrer para cumplir estas aspiraciones. Una persona dirigió la atención a la nueva convención de las Naciones Unidas que brinda derechos iguales a personas con discapacidad y arguyó que esta es una nueva agenda que va más allá de la habilitación.

Los informantes de la Junta y el Consejo de la WPA estuvieron de acuerdo, con algunas reservas, como la inquietud de que el emplear a personas con discapacidades de salud mental en la prestación de servicios de salud mental podría llevar a una mayor estigmatización más que autonomía.

Tabla 1. Recomendaciones para la comunidad internacional en salud mental sobre los mejores procedimientos para trabajar con usuarios de servicios y cuidadores

Basándose en la comprensión de que el restablecimiento de las enfermedades mentales comprende la atención a la inclusión social y económica así como el acceso adecuado a un sistema equilibrado de asistencia a la salud mental en hospitales y en la población, la World Psychiatric Association (WPA) recomienda a la comunidad internacional en salud mental el siguiente enfoque para el trabajo en colaboración entre profesionales de la salud mental**, usuarios de servicios** y familia/cuidadores**

La WPA recomienda que:

1. El respeto a los derechos humanos constituye la base de la cooperatividad satisfactoria para la salud mental.
2. Es necesario crear leyes, normas y procedimientos clínicos pertinentes a las vidas y la asistencia a personas con trastornos mentales mediante la colaboración entre profesionales de la salud mental, usuarios de servicios y cuidadores.
3. La comunidad internacional en salud mental debiera promover y apoyar el desarrollo de organizaciones de usuarios de servicios y organizaciones de cuidadores.
4. El mejoramiento de la salud mental es esencial para el desarrollo económico y social. Para ello es necesaria la participación de todos los sectores de la sociedad.
5. Cabe esperar que las organizaciones profesionales internacionales y locales, que comprenden la WPA a través de sus programas y asociaciones integrantes, procuren la participación significativa de usuarios de servicios y cuidadores en sus propias actividades cuando sea apropiado.
6. La mejor asistencia a la salud mental de toda persona en situaciones agudas o de rehabilitación se lleva a cabo con la colaboración entre profesionales de la salud mental, usuarios de servicios y cuidadores. El trabajar de esta manera por lo general confiere las ventajas de las destrezas y la formación especiales.
7. La educación, la investigación y la mejora de la calidad en la asistencia de la salud mental precisan la colaboración entre profesionales de la salud mental, usuarios de servicios y cuidadores.
8. El proceso de restablecimiento en la salud mental comprende la inclusión económica y social, así como la asistencia médica. Son ejemplos de inclusión económica y social: formación educativa y capacitación, albergue, empleo, defensa de los derechos y apoyo a la familia.
9. Las asociaciones integrantes de la WPA y otros grupos profesionales han de colaborar con organizaciones de usuarios de servicios, organizaciones de cuidadores y otras organizaciones sociales para ejercer presión ante los gobiernos a fin de lograr la voluntad política y las acciones para obtener mejores servicios en salud mental, educación de la población y lucha contra el estigma y la discriminación
10. Se debe buscar la autonomía de los usuarios y de los cuidadores a través de una gama de diferentes enfoques e ideas, por ejemplo: la creación de grupos de autoayuda; la participación en la planificación de los servicios y las juntas administrativas; el empleo de personas con discapacidades de salud mental como prestadores de servicios y programas locales antiestigma y antidiscriminación que sean inclusivos.

*Estas recomendaciones están destinadas a la comunidad internacional en salud mental. Cada país precisa directrices específicas para aplicar estas recomendaciones.

**«Profesionales de la salud mental» comprenden psiquiatras y otros prestadores de servicios en salud mental.

El término «usuarios de servicios» se refiere aquí a las personas que reciben o que han recibido servicios de salud mental. Otros términos de uso frecuente son clientes, pacientes, consumidores, ex pacientes y sobrevivientes. Ninguno de estos términos está vigente en todos los contextos y países y diferentes grupos de profesionales y personas con trastornos mentales tradicionalmente han utilizado términos diferentes. Su significado histórico, cultural y personal tienen una considerable significación (p. ej., paciente significa para algunas personas el receptor pasivo de la asistencia a la salud), pero esto va más allá del alcance de estas recomendaciones.

El término «cuidadores» hace referencia a los familiares y a otras personas que viven con personas que tienen problemas de salud mental o que las cuidan de manera informal. Esto distingue a estas personas de los cuidadores profesionales que equivalen a personal de salud mental empleado.

RESULTADOS Y LOGROS DE LA COMISIÓN

En la segunda reunión de la Comisión en Pekín, se discutieron las recomendaciones del boceto tomando en cuenta los hallazgos de la consulta. Se hicieron modificaciones menores. La nueva versión fue aceptada después por el Comité Ejecutivo de la WPA y publicada en la página Web de la WPA (tabla 1).

En consulta con la Comisión, el Comité de Ética de la WPA bosquejó un párrafo basado en seis de las recomendaciones el cual se propuso como un párrafo adicional para la Declaración de Madrid. Se presentará a la asamblea general de la WPA en 2011 para su aprobación.

CONCLUSIONES

Las consultas generaron un consenso sólido entre los diferentes grupos de la comunidad internacional en salud mental con respecto a las 10 recomendaciones básicas. Este es un resultado notable por sí solo. No es sorprendente que se encontrasen diferencias considerables en opiniones individuales y de grupo sobre la prominencia de los temas como el acceso a tratamiento y el derecho a decidir. Estas diferencias corresponden entre otras cosas al hecho de que las situaciones de salud mental varían drásticamente en los diferentes países y culturas y a veces a una diferencia de los programas entre usuarios y servicios y los familiares incluso con considerable imbricación. Las recomendaciones pueden estimular a los grupos de interés de cada país o localidad para trabajar en colaboración en campos de consenso y continuar (a través del triálogo y otros medios) debatiendo los temas polémicos.

Este proceso es fortalecido por el trabajo concomitante del Comité de Ética de la WPA, un proceso que posiblemente conducirá a que la WPA incorpore la esencia de estas recomendaciones en la Declaración de Madrid, las directrices éticas para el ejercicio psiquiátrico.

La Comisión no incluyó miembros de varios países y regiones importantes, tales como China y Latinoamérica. Así mismo, en el tiempo y con los recursos disponibles, la encuesta se llevó a cabo únicamente en inglés. Esto en parte se contrarrestó con las consultas populares. En proyectos futuros será importante ampliar este aspecto de la investigación y lograr la participación de todas las regiones del mundo.

La Comisión tenía pensado buscar el apoyo para una serie de actividades que promuevan estos movimientos en países de todo el mundo. Un siguiente paso útil es recabar una serie de ejemplos de mejores procedimientos de colaboración, abordando cada una de las recomendaciones. Esto se convierte en una demostración de la utilidad de la colaboración y también en un recurso para ayudar a otros a comenzar la colaboración satisfactoria. La Comisión también fomentará el desarrollo de proyectos por países que proporcionen más ejemplos y estimulen a otros a seguir. Un ejemplo puede ser el preparar un seminario en un país con bajos ingresos para crear una red entre usuarios, cuidadores, profesionales y gobierno, que incluya líderes de organizaciones. Los esfuerzos específicos para intensificar el triálogo en diversos conceptos también serían valiosos según se pone de manifiesto en la experiencia reciente en Pekín. La WPA también consideraría un proyecto global para investigar los caminos a seguir para que los psiquiatras se comprometan con usuarios de servicios y cuidadores y pongan en práctica las directrices. Al nivel internacional, será importante que los organismos profesionales consideren de qué manera promover la participación de usuarios de servicios y cuidadores en congresos y eventos importantes.

Se están elaborando propuestas para algunas de estas ideas que idealmente darán por resultado proyectos en países con bajos y altos ingresos concebidos para poner a prueba las recomendaciones seleccionadas y crear nuevas redes a fin de fomentar la cooperatividad y la colaboración entre los grupos de interesados. El trabajar con uno o dos países de una manera más concertada para crear directrices basadas en las recomendaciones y evaluar estas experiencias es un medio factible y conveniente de seguir el trabajo iniciado en este proyecto.

Agradecimientos

La Comisión cuenta con tres miembros que tienen antecedentes de ser usuarios de servicio (B. Davar, India; S. Katontoka, Zambia y J. Wallcraft, UK), tres con un antecedente de cuidadores de familia (D. Froggatt, Canadá; H. Jafri, Paquistán; y S. Steffen, Austria) y seis psiquiatras vinculados a la WPA (M. Amering, Austria – Copresidente; J. Freidin, Australia; H. Herrman, Australia –Presidente–; S. Rataemane, Sudáfrica; H. Wahlberg, Suecia; y R. Warner, USA). Los miembros fueron asignados como individuos, aunque algunos de ellos también tienen puestos directivos en organizaciones relevantes. C. Underhill, fundador y director de BasicNeeds y S. Raja, Director de Normas y Procedimientos de BasicNeeds, son asesores especiales, lo mismo que dos miembros del Comité de Ética de la WPA, su Presidente S. Tyano y A. Javed.

El Departamento de Salud Mental y de Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud está ayudando al ofrecer su experiencia o asesoría.

Los autores agradecen a todos los que participaron en las encuestas en línea. Expresan su agradecimiento a quienes concibieron, coordinaron y participaron en las consultas coordinadas por BasicNeeds en Kenia, República Democrática Popular Lao y Sri Lanka, y por B. Davar en India, a saber: J. Kingori en Kenia, T. Senarathna, M. Kurrupu y V. Surendranathan en Sri Lanka, V. Manibod y C. Choulamany en República Democrática Popular Lao; Schizophrenia Awareness Association (Pune), Bapu Trust for Research on Mind and Discourse (Pune), CSCS (Bangalore), M. Gupta (Dwarka, Delhi), Centro Mundial para la fundación del Aprendizaje Creativo (Pune), Banyan/BALM (Chennai).

Bibliografía

1. Amering M, Schmolke M. Recovery in mental health. Reshaping scientific and clinical responsibilities. Chichester: Wiley, 2009.
2. Herrman H. WPA project on partnerships for best practices in working with service users and carers. World Psychiatry 2010;9:127-8.
3. World Psychiatric Association. www.wpanet.org.
4. World Psychiatric Association. Madrid declaration on ethical standardsfor psychiatric practice. Geneva: World Psychiatric Association, 2005.
5. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. World Psychiatry 2009;8:65-6.
6. Wallcraft J, Schrank B, Amering M. Handbook of service user involvement in mental health research. Chichester: Wiley-Blackwell, 2009.

7. Faulkner A. SURGE Guidance for Good Practice Service User Involvement in the UK Mental Health Research Network. London: Mental Health Research Network, 2005.
8. Taylor I, Braye S, Cheng A. Carers as Partners (CaPs) in social work education. London: Social Care Institute for Excellence, 2009.
9. Stacey K, Herron S. Enacting policy in mental health promotion and consumer participation. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health 2002;1:1.
10. Birkel RC, Hall LL, Lane T et al. Consumers and families as partners in implementing evidence-based practice. Psychiatr Clin North Am 2003;26:867-81.
11. Morgan L. Brief guide to involving mental health service users in research. London: Service User Research Group/Mental Health Research Network, 2006.
12. Happell B, Nurs C, Ed D et al. Wanting to be heard: mental health consumers' experiences of information about medication. Int J Ment Health Nurs 2004;13:242.
13. Chamberlin J. User/consumer involvement in mental health service delivery. Epidemiol Psichiatria Soc 2005;14:1.
14. Wallcraft J, Amering M, Schrank B. Handbook of service user involvement in mental health research. Chichester: Wiley-Blackwell, 2009.
15. Haigh R. The 16 personality disorder pilot projects. Mental Health Review Journal 2007;12:29-39.
16. Bluebird G. Redefining consumer roles: changing culture and practice in mental health care settings. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2004;42:46-53.
17. Simpson EL, House AO. User and carer involvement in mental health services: from rhetoric to science. Br J Psychiatry 2003;183:89-91.
18. Spiers S, Harney K, Chilvers C. Service user involvement in forensic mental health: can it work? A UK National Forensic Mental Health Research and Development Programme. Journal of Forensic Psychiatry and Psychology 2005;16:211-20.
19. Lammers J, Happell B. Consumer participation in mental health services: looking from a consumer perspective. J Psychiatr Ment Health Nurs 2003;10:385.
20. Middleton P, Stanton P, Renouf N. Consumer consultants in mental health services: addressing the challenges. Journal of Mental Health 2004;13:507-18.
21. Crawford M, Rutter D. Are the views of members of mental health user groups representative of those of "ordinary" patients? A crosssectional survey of service users and providers. Journal of Mental Health 2004;13:561-8.
22. Rush B, Cert M. Mental health service user involvement in England: lessons from history. J Psychiatr Ment Health Nurs 2004;11:313.
23. Rutter D, Manley C, Weaver T et al. Patients or partners? Case studies of user involvement in the planning and delivery of adult mental health services in London. Soc Sci Med 2004;58:1973-84.
24. Kotecha N, Fowler C, Donskoy A et al. A guide to user-focused monitoring. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2007.
25. Srebnik D, Hendryx M, Stevenson J et al. Development of outcome indicators for monitoring the quality of public mental health care. Psychiatr Serv 1997;48:903.
26. Crawford M, Aldridge T, Bhui K et al. User involvement in the planning and delivery of mental health services: a cross-sectional survey of service users and providers. Acta Psychiatr Scand 2003;107:410-4.
27. Lammers J, Happell B. Mental health reforms and their impact on consumer and carer participation: a perspective from Victoria, Australia. Issues in Mental Health Nursing 2004;25:261-76.
28. Happell B, Roper C. The role of a mental health consumer in the education of postgraduate psychiatric nursing students: the students' evaluation. J Psychiatr Ment Health Nurs 2003;10:343.
29. Wisner K, Chambers C, Sit D. Postpartum depression: a major public health problem. JAMA 2006;296:2616.
30. Amering M. Trialog - An exercise in communication between consumers, carers and professional mental health workers beyond role stereotypes. Int J Integr Care 2010;10 (Suppl.):e014.
31. Lloyd C, King R. Consumer and carer participation in mental health services. Australasian Psychiatry 2003;11:180-4.
32. ACT Mental Health Consumer Network. Consumer participation and carer participation across mental health - a framework for action. Camberra: ACT Mental Health Consumer Network, 2007.

Los viajeros más vulnerables: pacientes con trastornos mentales

La enfermedad mental grave que se presenta en el extranjero es una situación difícil para los pacientes, sus familias y los servicios médicos locales. Los pacientes con problemas mentales son estigmatizados debido a su enfermedad mental y al hecho de que son extranjeros en un país no conocido. El tratamiento apropiado suele demorarse y mientras tanto los pacientes a menudo son tratados de una manera que viola sus derechos humanos. La repatriación, que conlleva un mejor pronóstico del trastorno mental (2), suele demorarse debido a la falta de protocolos internacionales para el transporte y el tratamiento de los viajeros con enfermedades mentales.

Los ataques de psicosis aguda provocados por viajes son un fenómeno reconocido en viajeros que no tienen un antecedente de psicosis. Los adultos jóvenes pueden presentar su primer episodio psiquiátrico en el extranjero (3). Las personas ancianas también son susceptibles a estos ataques (4). Los pacientes con una enfermedad mental preexistente casi nunca buscan asesoría previa al tratamiento, de manera que la prevención de cualquier exacerbación aguda es difícil. Los especialistas en medicina de viajes suelen tener escasa experiencia en estos problemas ya que por lo general se enfocan en las enfermedades infecciosas.

Hay datos derivados de investigaciones que indican que el 11,3% de los viajeros presenta alguna clase de problema psiquiátrico y un 2,5% padece psicosis grave y un 1,2% necesita más de dos meses de tratamiento en su hogar (5,6). Los ataques psicóticos agudos representan alrededor de una quinta parte de los problemas psiquiátricos relacionados con los viajes. Los problemas psicorgánicos durante las actividades de esparcimiento alcanzan una cifra del 5% (7). En una muestra francesa, el 15% al 20% de las repatriaciones se debieron a una enfermedad psiquiátrica. Estos problemas fueron predominantes en viajeros a largo plazo, emigrantes o expatriados.

Según las normas internacionales, no se debe utilizar el transporte público para los pacientes con psicosis aguda, a menos que se estabilicen con medicamentos y viajen en compañía de una persona conocedora (8). La mayor parte de las normas del seguro para el viajero excluyen los costes de tratamiento y repatriación incurridos durante la enfermedad mental aguda.

La modificación del enfoque de esta cuestión por la policía, la seguridad de los aeropuertos y las compañías de seguros representa un reto para los psiquiatras. Creemos que una serie clara de directrices, similar a las que recientemente ha publicado la WPA sobre otras cuestiones relativas a la salud mental (1,9-11), podría ayudar a detectar y tratar al viajero con trastornos mentales en el extranjero. Una preparación apropiada de las personas con trastornos mentales que tienen que viajar y la aplicación de un protocolo para la repatriación cuando sea necesario reducirá la renuencia de las compañías de seguro a la cobertura de estos pacientes.

Péter Felkai[1], Tamás Kurimay[2]
[1]SOS Hungary Medical Service, Budapest, Hungary
[2]Saint John Hospital, Budapest, Hungary

Bibliografía

1. 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.
2. Burke AW. Outcome of mental illness following repatriation: a predictive study. Int J Soc Psychiatry 1983;29:3-11.
3. Beny A, Paz A, Potasman I. Psychiatric problems in returning travelers: features and associations. J Travel Med 2001;8:243-6.
4. Linton C, Warner NJ. Travel induced psychosis in the elderly. Int J Geriat Psychiatr 2000;15:1070-2.
5. Potasman I, Beny A, Seligmann H. Neuropsychiatric problems in 2,500 long-term young travelers to the tropics. J Travel Med 2000;7:5-9.
6. Wieshmann UC, Anjoyeb M, Lucas BB. Severe mental illness and airports – the scope of the problem. Psychiatr Bull 2001;25:261-4.
7. Palinkas LA, Suedfeld P. Psychological effects of polar expeditions. Lancet 2008;371:153-63.
8. Aerospace Medical Association. Medical guidelines for airline travel, 2nd ed. Aviation, Space and Environmental Medicine 2003;74:A1-20.
9. Maj M. The WPA Action Plan is in progress.World Psychiatry 2009;8:65-6.
10. 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.
11. Bhugra D, Gupta S, Bhui K et al. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. World Psychiatry 2011; 10:2-10.

Capacitación y ejercicio de la psicoterapia en Europa: resultados de una encuesta

Aunque la psicoterapia tradicionalmente ha sido una parte esencial de la formación y el ejercicio de la psiquiatría, su papel en la psiquiatría se ha vuelto menos evidente en los últimos años. Ha habido incluso algunas dudas con respecto a si la psicoterapia permanecerá en el arsenal terapéutico de los futuros psiquiatras (1). Se han comunicado varias diferencias entre los países europeos en torno a la formación y el ejercicio de la psicoterapia (2). Sin embargo, en escasos estudios se ha analizado los puntos de vista y las perspectivas de los residentes y los psiquiatras jóvenes en torno a su experiencia en la formación en psicoterapia y el empleo de la psicoterapia en el ejercicio clínico.

La WPA, en su plan de acción para 2008-2011, estableció un Consejo de Psiquiatras Jóvenes (ECPC) con el propósito de «promover el desarrollo profesional de los psiquiatras jóvenes en todo el mundo» (3). Uno de los objetivos del plan de acción del ECPC fue llevar a cabo una encuesta sobre la formación y el ejercicio de la psicoterapia en países europeos (4,5).

Esta encuesta se ha llevado a cabo en línea con los miembros del ECPC en los países de la zona 1 de Europa (Europa del Norte, del Sur y Occidental). Se ha invitado a los informantes a llenar un cuestionario con base en su propia experiencia y recabar las opiniones de sus colegas. Doce de los 13 miembros del ECPC (que representan Austria, Bélgica, Chipre, Estonia, Francia, Alemania, Italia, España, Suiza, Suecia, Turquía y el Reino Unido) han devuelto los cuestionarios.

El cuestionario de 16 apartados exploró los siguientes aspectos: (a) la calidad de la formación en psicoterapia (supervisión, tipo de formación en psicoterapia disponible, obstáculos para lograr acceso a la capacitación); (b) aspectos organizacionales de la capacitación en psicoterapia (obligatoriedad, pago y valoración); (c) satisfacción con la formación en psicoterapia, (d) autoconfianza en el empleo de la psicoterapia.

La capacitación en psicoterapia es obligatoria en todos los países considerados en la encuesta excepto en Bélgica y en Francia. La formación en psicoterapia está disponible en las escuelas de medicina pública sólo en cuatro países (Alemania, España, Suiza y Reino Unido). En la mayor parte de los países, para poder recibir formación en psicoterapia, los residentes tienen que pagar cuotas adicionales.

La formación en psicoterapia psicodinámica y cognitiva conductual está disponible en casi todos los países, en tanto que la formación en psicoterapia sistémica se proporciona en seis países, la formación en técnicas interpersonales, de apoyo y psicoeducativas en cuatro países y la formación en psicoterapia dialéctica-conductual en tres países. El número solicitado de pacientes a ser tratados por los residentes durante la formación fluctúa desde ninguno (Estonia) hasta más de 15 (Turquía). No se dispone de un supervisor específico para la formación en psicoterapia en cinco de 12 países, en tanto que en Austria, Chipre y Suiza la supervisión tiene que ser financiada por los propios residentes.

Las habilidades de psicoterapia se evalúan de manera diferente: una bitácora o una valoración basada en el lugar de trabajo se utiliza en tres países, un examen por escrito u oral es necesario en cuatro países. En los restantes no existe una guía clara con respecto a la evaluación de los residentes.

Los principales obstáculos para lograr acceso a la formación en psicoterapia son las dificultades de contar con tiempo adicional para otras tareas, la falta de supervisores y la falta de financiación. Aunque es obligatoria una psicoterapia personal en nueve países, la mayor parte de los psiquiatras jóvenes tienen que pagarla ellos mismos.

Pese a esta heterogeneidad, la mayor parte de los psiquiatras jóvenes europeos (70%) están satisfechos con la formación que reciben en psicoterapia y 80% de ellos se sienten seguros en el empleo de las psicoterapias.

Esperamos que esta información pueda contribuir a promover un proceso de armonización de la formación en psicoterapia en la Unión Europea.

Andrea Fiorillo[1,2], Mario Luciano[2], Domenico Giacco[2], Valeria Del Vecchio[2], Nedjelka Baldass[1,3], Nele De Vriendt[1,4], Neophitos Theodorides[1,5],Piirika Piir[1,6] Anne-Cecile Courtois[1,7], Sonja Gerber[1,8], Guillermo Lahera[1,9], Florian Riese[1,10], Marie Bendix[1,11], Sinan Guloksuz[1,12], Banu Aslantas Ertekin[1,13], Clare Oakley[1,14]

[1]WPA Early Career Psychiatrists Council, Europe I Zone; [2]Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy; [3]Psychiatrische Abteilung, Otto Wagner Spital, Vienna, Austria; [4]Psychiatric Centre, Leuven Catholic University, Leuven, Belgium; [5]Limassol, Cyprus; [6]Tartu Ulikooli Kliinikum, Tartu, Estonia; [7]Hôpital Charcot, Plaisir, France; [8]Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Freiburg, Germany; [9]Príncipe de Asturias University Hospital, University of Alcalà, Madrid, Spain; [10]Psychiatric University Hospital, Zurich, Switzerland; [11]Psychiatric Clinic, Karolinska University Hospital, Huddinge, Stockholm, Sweden; [12]Department of Psychiatry, Ankara University, Ankara, Turkey; [13]Elazig Mental Health Hospital, Elazig, Turkey; [14]Institute of Psychiatry, King's College, London, UK

Bibliografía

1. Rubin E, Zorumski CF. Psychiatric education in an era of rapidly occurring scientific advances. Acad Med 2003;78:351-4.
2. Clemens N, Gabbard GO. When psychiatry is not psychiatry. Arch Gen Psychiatry 1998;55:182-3.
3. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. World Psychiatry 2009;8:65-6.
4. Fiorillo A, Lattova Z, Brambhatt P et al. The Action Plan 2010 of the WPA Early Career Psychiatrists Council. World Psychiatry 2010;9:62-3.
5. Fiorillo A, Brambhatt P, Elkholy H et al. Activities of the WPA Early Career Psychiatrists Council: the Action Plan is in progress. World Psychiatry 2011;10:159.

Congresos de psiquiatras jóvenes en Europa Oriental: red para el desarrollo de la capacitación, educación y servicio en psiquiatría

Aunque es alentador que se hayan valorado las actividades de capacitación en Europa (1) y se hayan establecido normas sólidas (2,3), todavía existen discrepancias entre Europa Oriental y Occidental. Sin duda, algunas de ellas tienen que ver con factores económicos, aunque esto es sólo parte de la cuestión. En algunos países de Europa Oriental, los programas de residencia formales en psiquiatría duran menos de un año y los residentes adquieren la mayor parte de su conocimiento a través de cursos adicionales a su programa de formación (3). Así mismo, no existen organizaciones de residentes nacionales en todos los países, pero aun cuando existan, los escasos números de membresía pueden impedir cualquier progreso. También es decisivo integrar las organizaciones de residentes en organizaciones educativas y de especialistas para retroalimentar los problemas e implementar el cambio.

Los problemas técnicos como la falta de acceso a Internet pueden dificultar la interacción de los residentes. Una posible solución es la creación de congresos de residentes en todos los países de Europa y fomentar las contribuciones de ellos al desarrollo de los programas académicos en sus propios países (5). Suecia durante varios años ha tenido un interés especial en la psiquiatría de Europa Oriental, según se puso de manifiesto por proyectos financiados por el Comité Sueco de Europa Oriental (SEEC). Sin embargo, hasta hace poco tiempo, pocos proyectos han involucrado a residentes o a psiquiatras jóvenes (YP).

Aunque la iniciativa del SEEC, un Congreso preliminar en el que se analizaron las necesidades de los psiquiatras jóvenes en Europa Oriental tuvo lugar en Kaliningrado en mayo de 2009. Los psiquiatras jóvenes de Belarús, Lituania, Rusia y Suecia estuvieron de acuerdo en organizar congresos para fomentar la intercomunicación y el intercambio de experiencias, para facilitar la educación de os psiquiatras jóvenes. Utilizando las redes existentes como la Federación Europea de Residentes en Psiquiatría (EFPT) y el Consejo de Psiquiatras Jóvenes de la WPA (6), se creó un comité organizador, y una beca de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (SIDA) facilitó el congreso inaugural. Ha titulado «formas de intercambiar conocimientos y experiencias de los psiquiatras jóvenes”. El congreso tuvo lugar en mayo de 2010 y en él participaron psiquiatras jóvenes de los estados del Báltico, Belarús, Grecia, Polonia, Rusia, Escandinavia y el Reino Unido.

El contenido de la conferencia comprendió temas clínicos además de aspectos de investigación y de desarrollo de la asistencia a la salud. Hubo conferencias, talleres, presentaciones de casos y carteles con traducción al ruso. Se dispuso una visita a las instituciones psiquiátricas locales por el comité organizador local. La diversidad cultural de los participantes se ejemplificó por una cita de uno de los delegados, al proporcionar retroalimentación «buscamos lo mismo pero vemos cosas diferentes». La evaluación del congreso mostró que los seminarios se identificaron como el aspecto más aceptable, probablemente debido a la posibilidad de analizar e intercambiar puntos de vista. En una escala de Likert de cinco puntos (1 muy deficiente a 5 excelente), 33 personas (100%) describieron su impresión general del congreso como «excelente» o «muy satisfactorio». Se señalaron más de 20 temas para futuros congresos, entre ellos las destrezas de los psiquiatras jóvenes (educación, liderazgo y trabajo en equipos).

Los colegas latvianos amablemente se ofrecieron a organizar el congreso de 2011 en Riga, del 6 al 8 de abril de 2011. Gracias al apoyo económico de la WPA y la SIDA, alrededor de 90 delegados de 15 países de Europa Oriental y Occidental estarían participando. Es alentador que los psiquiatras jóvenes hayan podido organizar estos congresos y esperamos que esto conduzca a colaboraciones continuadas, facilitando los congresos futuros así como los contactos internacionales personales.

Marie Bendix[1], Olga Paravaya[2], Yakov Kochetkov[3], Sameer Jauhar[4]

[1]Psychiatric Clinic, Karolinska University Hospital, Huddinge, Sweden
[2]Medical Academy of Postgraduate Education, Belarus
[3]Moscow Institute of Psychiatry, Moscow, Russia
[4]Institute for Neurological Sciences, Southern General Hospital, Glasgow, UK

Bibliografía

1. Lotz-Rambaldi W, Schäfer I, ten Doesschate R et al. Specialist training in psychiatry in Europe – Results of the UEMS survey. Eur Psychiatry 2008;23:157-68.
2. Muijen M. Focus on mental health care reforms in Europe: mental health services in Europe: an overview. Psychiatr Serv 2008;59:479.
3. Nawka A, Kuzman MR, Giacco D et al. Mental health reforms in Europe: challenges of postgraduate psychiatric training in Europe: a trainee perspective. Psychiatr Serv 2010;61:862-4.
4. Füredi J, Mohr P, Swingler D et al. Psychiatry in selected countries of Central and Eastern Europe: an overview of the current situation. Acta Psychiatr Scand 2006;114:223-31.
5. Schulze TG, Treichel KC. The European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT) – an integral part of the European harmonisation of psychiatric education and practise. Eur Psychiatry 2002;17:300-5.
6. Fiorillo A, Lattova Z, Brahmbhatt P et al. The Action Plan 2010 of the WPA Early Career Psychiatrists Council. World Psychiatry 2010;9:62-3.

El nuevo factor de impacto de World Psychiatry es 5,562

El factor de impacto de *World Psychiatry*, que era 3,896 en 2009 y 4,375 en 2010, ahora ha llegado a 5,562.

La revista ocupa ahora el noveno lugar entre 126 revistas de psiquiatría y es la número 4 (precedida sola por *American Journal of Psychiatry, Archives of General Psychiatry y British Journal of Psychiatry*) entre las revistas de psiquiatría general.

Los artículos que recibieron el mayor número de citas durante el periodo considerado en el cálculo del nuevo factor de impacto son los Artículos Especiales escritos por De Hert et al (1) sobre el síndrome metabólico en personas con esquizofrenia, por Zisook y Shear (2) sobre luto y aflicción, y por Corrigan et al (3) sobre autoestigma, por Alarcón (4) sobre cultura y diagnóstico psiquiátrico, por Alexopoulos y Kelly (5) sobre depresión geriátrica y por Krueger y Bezdjian (6) sobre conceptos dimensionales en psiquiatría; los artículos introductorios por Ustun y Kennedy (7) y McGorry et al (8) para los Foros sobre el papel de las alteraciones funcionales en el diagnóstico psiquiátrico y en torno a las intervenciones tempranas en la psicosis; y los editoriales por Maj sobre asistencia a la salud física en personas con enfermedades mentales graves (9) y sobre el plan de acción de la WPA (10).

La WPA agradece a los autores citados y al personal editorial que hicieron posible este logro.

Bibliografía

1. De Hert M, Schreurs V, Vancampfort D et al. Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. World Psychiatry 2009;8:15-22.
2. Zisook S, Shear K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. World Psychiatry 2009;8:67-74.
3. 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.
4. Alarcón RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. World Psychiatry 2009;8:131-9.
5. Alexopoulos GS, Kelly RE, Jr. Research advances in geriatric depression. World Psychiatry 2009;8:140-9.
6. Krueger RF, Bezdjian S. Enhancing research and treatment of mental disorders with dimensional concepts: toward DSMV and ICD-11. World Psychiatry 2009;8:3-6.
7. Ustun B, Kennedy C. What is "functional impairment"? Disentangling disability from clinical significance. World Psychiatry 2009;8:82-5.
8. McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. World Psychiatry 2008;7:148-56.
9. Maj M. Physical health care in persons with severe mental illness: a public health and ethical priority. World Psychiatry 2009;8:1-2.
10. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. World Psychiatry 2009;8:65-6.

El 15º Congreso Mundial de Psiquiatría y la Asamblea General de la WPA

El 15º Congreso Mundial de Psiquiatría tuvo lugar en Buenos Aires, Argentina, del 18 al 22 de septiembre de 2011 y ha sido el congreso más concurrido en la historia de la WPA y el Congreso Psiquiátrico al cual ha habido más asistencia fuera de Norteamérica con 14.013 participantes.

El tema del congreso fue «Psiquiatría Mundial 2011: Nuestro Legado y Nuestro Futuro». El objetivo fue proporcionar un panorama de los logros que han resistido la prueba del tiempo» y de las tendencias más promisorias en los diversos campos de la psiquiatría.

El programa científico, cuya calidad fue apreciada de manera unánime consistió en 24 Conferencias Magistrales, 15 Simposios Centrales, 94 Simposios Regulares, 17 Seminarios, 58 Simposios o Seminarios de Secciones de la WPA, 14 Simposios o Seminarios Zonales de la WPA, 28 Sesiones de Comunicación Oral, cinco Sesiones de Carteles y 92 Sesiones en la banda sonora en español y portugués.

En la Sesión Inaugural del Congreso, el profesor Mario Maj informó sobre la implementación del Plan de Acción de la WPA para 2008-2011 y presentó la introducción a la conferencia del receptor del Premio Delay Prize 2011, Prof. Kenneth Kendler.

La Asamblea General de la WPA tuvo lugar el 21 de septiembre. La Asamblea aprobó por unanimidad la Admisión de la Asociación de Salud Mental de Cambodia entre las asociaciones integrantes de la WPA. Estas asociaciones ascienden ahora a 135: 28 en América, 62 en Europa 23 en África y Medio Oriente y 22 en Asia y Oceanía.

El Asamblea también aprobó la admisión de una nueva Sección Científica, que aborda la Psiquiatría Evolutiva. Las Secciones Científicas de la WPA son ahora 66. Como resultado de las elecciones que tuvieron lugar durante la Asamblea General, Dinesh Bhugra es el nuevo Presidente Electro de la WPA, Edgard Belfort el nuevo Secretario para Educación, Michelle Riba la nueva Secretaria para Publicaciones y Afzal Javed el nuevo Secretario para Secciones.