World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 7, Número 3 *Diciembre 2009*

EDITORIAL

Actividades en colaboración de la WPA y la OMS para el trienio 2009-2011 129
M. Maj

ARTÍCULOS ESPECIALES

Cultura, factores culturales y diagnóstico psiquiátrico: análisis y proyecciones 131
R.D. Alarcón

Avances en la investigación sobre la depresión geriátrica 140
G.S. Alexopoulos, R.E. Kelly, Jr.

FORUM: CÓMO ORGANIZAR UN SERVICIO INTEGRAL PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Principales elementos de un servicio integral para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria 150
K.A. Halmi

Comentarios

Diagnóstico, abastecimiento y organización del servicio 156
R. Palmer

Planificación de un servicio para la atención de los trastornos de la conducta alimentaria basándose en datos epidemiológicos 157
H.W. Hoek

Un servicio de tratamiento integral debe comprender perspectivas del desarrollo, generales y en colaboración 158
B. Lask

Psiquiatras, entorno y cohesión 159
J. Russell

Servicios para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: ¿Cuán integral es integral? 160
T.D. Brewerton

El entorno de los trastornos de la conducta alimentaria 162
M. Golan

Enfoque terapéutico en los trastornos de la conducta alimentaria: el trasfondo biológico 163
P. Monteleone, F. Brambilla

Reflexión a propósito del tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria 164
T. Nagata

La asistencia en los trastornos de la conducta alimentaria: tratamiento óptimo frente a mínimo 165
M.M. Fichter

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Continuum de estados mixtos depresivos y maníacos en los pacientes con trastorno bipolar: medición cuantitativa y manifestaciones clínicas 166
A.C. Swann, J.L. Steinberg, M. Lijffijt, F.G. Moeller

Factores que pronostican el abandono del tratamiento en centros de salud mental en la comunidad 173
B. Reneses, E. Muñoz, J.J. López-Ibor

ARTÍCULO BREVE

Dominios somáticos y cognitivos de la depresión en una región del Ecuador con escasa atención médica: algunos aspectos culturales 178
A. Yusim, D. Anbarasan, B. Hall, R. Goetz, R. Neugebauer, P. Ruiz

INFORME DE SECCIÓN DE LA WPA

Guía internacional para la prescripción de psicofármacos en el tratamiento de problemas de conducta de adultos con discapacidad intelectual 181
S. Deb, H. Kwok, M. Bertelli, L. Salvador-Carulla, E. Bradley y Cols.

PERSPECTIVA

Pacientes psiquiátricos en las prisiones 187
J. Arboleda-Flórez

NOTICIAS DE LA WPA

Curso de capacitación de los instructores de la WPA sobre psiquiatría en la atención primaria 190
O. Gureje

Actualización 2009 de los Programas de Educación de la WPA 190
A. Tasman

Próximas sesiones científicas de la WPA 191
T. Okasha

Ars Medica

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 7, Número 3 *Diciembre 2009*

Traducción íntegra de la Edición Original

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

EDICIÓN ORIGINAL

Editor: M. Maj (Italy)

Associate Editor: H. Herrman (Australia)

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

EDICIÓN EN ESPAÑOL

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

Periodicidad: 3 números al año

Disponible en Internet: www.ArsXXI.com/WP

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

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

Ars Medica

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

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

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

Muntaner, 262, Ático 2ª • 08008 Barcelona • Tel. (34) 932 721 750 • Fax (34) 932 722 904
Complejo Empresarial Ática. Avda. de Europa 26, Edif.5 3ª pl. • 28224 Pozuelo de Alarcón, Madrid • Tel. (34) 911 845 430 • Fax (34) 932 722 904

© Copyright World Psychiatric Association

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

Publicación que cumple los requisitos de soporte válido

ISSN: 1697-0683 Composición y compaginación:

Depósito Legal: B-34.071-2003 Impreso en España

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

Traducido por Grupo Ars XXI de Comunicación, S .L., del original en lengua inglesa (Volumen 8, Número 3, 2009). La responsabilidad de la traducción recae sólo en Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., y no es responsabilidad de la World Psychiatric Association (WPA).

Translated by Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., from the original English language version (Volume 8, Number 3, 2009). Responsibility for the accuracy of the Spanish language rests solely with Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., and is not the responsibility of the World Psychiatric Association (WPA).

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

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

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

Actividades en colaboración de la WPA y la OMS para el trienio 2009-2011

Mario Maj

President, World Psychiatric Association

La WPA ha ultimado recientemente con la Organización Mundial de la Salud (OMS) un plan de trabajo para el trienio 2009-2011 que abarca cinco temas: a) revisión del capítulo sobre trastornos psiquiátricos y comportamentales de la Clasificación Internacional de las Enfermedades-10 (ICD-10); b) colaboración en el Programa de Acción sobre los Vacíos Psiquiátricos (mh-GAP); c) asociación para la atención psiquiátrica en urgencias; d) colaboración en el campo de las toxicomanías, y e) asociación para involucrar a usuarios y cuidadores. En este editorial me centraré en los tres primeros temas.

Colaboración de la OMS y la WPA en la revisión de la ICD-10

Se está realizando la revisión de la ICD-10 y las Asociaciones Integrantes y Secciones Científicas de la WPA van a participar formalmente en este proceso.

Uno de los aspectos de esta actividad será la participación de las Asociaciones Integrantes de la WPA en una o más encuestas y estudios de campo cuyo propósito es obtener una perspectiva transcultural de los siguientes temas: a) qué es un trastorno psiquiátrico; trastornos psiquiátricos frente a respuestas homeostáticas a acontecimientos vitales adversos (p. ej., como distinguir entre el duelo normal, el duelo complicado y la depresión mayor, o entre las respuestas normales frente a patológicas al trauma); b) el potencial estigmatizante de la nomenclatura psiquiátrica (diversos términos que utilizamos en las clasificaciones internacionales suenan raros o incluso insultantes en algunos idiomas y por el momento sólo contamos con información parcial sobre esta cuestión); c) la utilidad de las clasificaciones nacionales por contraposición a las internacionales y la necesidad de las adaptaciones nacionales de los sistemas diagnósticos (diversos países y regiones todavía tienen sus propias clasificaciones o utilizan adaptaciones de las clasificaciones internacionales: ¿cuáles son las principales causas de que se necesiten estas clasificaciones o adaptaciones nacionales?); d) el empleo de los sistemas diagnósticos actuales; los principales obstáculos para su uso (sólo contamos con información parcial con respecto al empleo de la ICD-10 en los diversos contextos de diferentes países y sobre los principales motivos por los cuales no se adopta el sistema; e) la relevancia de las categorías específicas de la ICD-10 o los criterios para las diversas culturas (p. ej., de la categoría del trastorno por estrés postraumático o los criterios actuales para identificar los diversos grados de gravedad de un episodio depresivo); f) la pertinencia y la aplicabilidad de los nuevos enfoques diagnósticos, categorías o criterios propuestos en diversos contextos culturales (p. ej., de prototipos, dimensiones o escalas de evaluación incorporadas en el sistema; o de la inclusión de un criterio de alteración cognitiva en el diagnóstico de la esquizofrenia); g) la equivalencia conceptual de síndromes y síntomas en las diferentes culturas (p. ej., ¿es similar el significado del término «depresión» en las diferentes culturas?); h) la valoración de la «gravedad», la «alteración» y el «malestar psicológico» (cómo debería hacerse esta valoración y cuál debería ser su importancia en el sistema diagnóstico); i) la aplicabilidad de categorías o criterios diagnósticos por profesionales no psiquiatras en contextos específicos (sobre todo en los países de ingresos bajos); j) cuestiones relacionadas con el género sexual y la edad (¿qué modificaciones son necesarias en el sistema para volverlo más sensible a las diferencias de género y edad en las diversas culturas?) (1-11).

Colaboración de la OMS y la WPA en el mhGAP

La WPA se ha comprometido a brindar asistencia a la OMS en la preparación de las agrupaciones de intervención en el mhGAP y apoyar a la OMS en la implementación del programa en los diferentes países.

Con respecto al primer aspecto, hemos realizado una encuesta sobre la disponibilidad y la factibilidad de intervenciones fundamentadas para los trastornos mentales prioritarios en los diversos países y regiones del mundo, con la participación de los Representantes Zonales y las Asociaciones Integrantes de la WPA. Se utilizarán los resultados de esta encuesta para publicar un artículo en *Lancet*.

Por lo que respecta al segundo aspecto, hemos iniciado las actividades para fortalecer los recursos humanos en algunos países en los cuales la falta de recursos es enorme, pero la Asociación Integrante de la WPA se halla activa y hay interés del gobierno en colaborar. El primer país en el que se está realizando esta acción es Nigeria. Las actividades que la WPA está efectuando en este país son: a) un programa de capacitación de los instructores centrado en integrar la psiquiatría en la atención primaria y dirigido a enfermeras y jefes de clínicas que trabajan en centros de salud de la población (en enero próximo pasado tuvo lugar en Ibadán, Nigeria, una primera reunión de trabajo, orientada a los seis estados sudoccidentales y los dos estados norcentrales de habla yoruba, a la que ahora ha seguido una fase de supervisión de los participantes, en colaboración con el gobierno); b) un programa de educación continuada de los psiquiatras (el próximo octubre tendrá lugar un evento de EMC sobre la mejora del funcionamiento psicosocial de personas con trastornos psiquiátricos graves dirigido por T. Burns); c) un programa dirigido a fomentar las destrezas directivas y profesionales en psiquiatras jóvenes (la WPA copatrocinará una reunión de trabajo en Abuja, la cual será dirigida por N. Sartorius); d) un plan para reforzar la asociación con las autoridades sanitarias del país (estamos organizando con la oficina AFRO de la OMS un evento con la participación del

Ministro de Salud y otras autoridades sanitarias pertinentes); e) un esfuerzo para comprender y abordar mejor el problema de la fuga de cerebros en psiquiatría (12-14).

Asociación de la OMS y la WPA para la asistencia psiquiátrica en urgencias

La asociación de la OMS y la WPA para la asistencia psiquiátrica en urgencias comprende dos componentes.

El primero está representado por las actividades de capacitación de los instructores sobre la prevención y el tratamiento de las consecuencias psiquiátricas de desastres y conflictos bélicos. En julio de este año, en las oficinas centrales de la OMS en Ginebra, tuvo lugar una reunión de trabajo de la WPA y la OMS con 20 participantes seleccionados entre 124 aspirantes. A ésta seguirá una reunión de trabajo en Dhaka, Bangladesh, que tendrá lugar en enero de 2010. Nuestro propósito es crear un grupo de psiquiatras bien capacitados y muy cualificados que se conviertan en los tutores de otros psiquiatras en sus regiones y que representarán un recurso para la WPA, la OMS y otros organismos pertinentes de las Naciones Unidas cuando ocurra una nueva emergencia importante.

El segundo componente de la asociación es la coordinación de la intervención de los psiquiatras cuando se presente una emergencia importante en un país o región en los que se necesite ayuda externa. Ya implementamos esta coordinación recientemente con ocasión de la situación de Gaza. La colaboración tiene dos elementos, uno a corto y otro a medio plazo. El primero es la incorporación de psiquiatras que puedan hablar el idioma local y que estén bien capacitados y dispuestos a trabajar en la región de la emergencia. El elemento a medio plazo consiste en una asociación con los gobiernos pertinentes y las Asociaciones Integrantes cuyo propósito es fortalecer el sistema psiquiátrico nacional y regional. De hecho, una de las enseñanzas obtenidas de la experiencia previa es que los desastres son acontecimientos ciertamente muy desafortunados, pero que también representan una oportunidad para fortalecer los servicios psiquiátricos locales, pues movilizan los recursos y dirigen la atención de las autoridades sanitarias a los problemas psiquiátricos.

Conclusión

Estas son algunas de las actividades que la WPA está implementando en colaboración con la OMS, teniendo presente dos objetivos: ayudar en la medida de lo posible a algunos países necesitados y mejorar la imagen y aumentar la influencia política de nuestra disciplina y profesión en el ámbito de la salud internacional.

En la página web de la WPA (www.wpanet.org) se puede consultar una actualización constante de la colaboración de la WPA y la OMS.

Bibliografía

1. Wakefield JC. The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. World Psychiatry 2007;6:149-56.
2. Njenga F. The concept of mental disorder: an African perspective. World Psychiatry 2007;6:166-7.
3. Zisook S, Shear K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. World Psychiatry 2009;8:67-74.
4. Stuart H. Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. World Psychiatry 2008;7:185-8.
5. Craddock N, Owen MJ. Rethinking psychosis: the disadvantages of a dichotomous classification now outweigh the advantages. World Psychiatry 2007;6:84-91.
6. Peralta V, Cuesta MJ. A dimensional and categorical architecture for the classification of psychotic disorders. World Psychiatry 2007;6:100-1.
7. Zisook S., Shear K, Kendler KS. Validity of the bereavement exclusion criterion for the diagnosis of major depressive episode. World Psychiatry 2007;6:102-7.
8. Widiger TA. Dimensional models of personality disorder. World Psychiatry 2007;6:79-83.
9. Keefe RSE. Should cognitive impairment be included in the diagnostic criteria for schizophrenia? World Psychiatry 2008;7:22-8.
10. Tamminga CA. Domains of dysfunction in schizophrenia: implications for diagnosis. World Psychiatry 2008;7:34-5.
11. Üstün B, Kennedy C. What is "functional impairment"? Disentangling disability from clinical significance. World Psychiatry 2009;8:82-5.
12. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. World Psychiatry 2008; 7:129-30.
13. Gureje O, Hollins S, Botbol M et al. Report of the WPA Task Force on Brain Drain. World Psychiatry 2009;8:115-8.
14. Gureje O. The WPA Train-the-Trainers Workshop (Ibadan, Nigeria, January 26-30, 2009). World Psychiatry 2009;8:190.

Cultura, factores culturales y diagnóstico psiquiátrico: análisis y proyecciones

Renato D. Alarcón

Department of Psychiatry and Psychology, Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, MN 55905, USA

Este artículo tiene por objeto exponer las justificaciones conceptuales para incluir la cultura y los factores culturales en el diagnóstico psiquiátrico y las recomendaciones logísticas con respecto al contenido y la utilización de este enfoque. Antes de analizar las ventajas y desventajas del enfoque, se abordará el alcance y las limitaciones de los procedimientos diagnósticos actuales, las críticas provenientes de diferentes ámbitos y la utilidad y pertinencia de la cultura en la entrevista diagnóstica. El contenido cultural del diagnóstico psiquiátrico ha de incluir las principales variables culturales ya reconocidas, los datos adecuados sobre la familia, los modelos explicativos y los puntos fuertes y debilidades de todo paciente concreto. Los aspectos prácticos comprenden la aceptación de las «discordancias culturales» como un componente de una definición actualizada de un trastorno psiquiátrico, así como el empleo de una formulación cultural renovada. Se describen las estrategias «telescópicas» clínicas para obtener los datos culturales pertinentes durante la entrevista diagnóstica y se bosquejan los campos para la investigación futura (lo que comprende estudios de campo a propósito de la formulación cultural y los «síndromes ligados a la cultura»).

Palabras clave: Cultura, diagnóstico psiquiátrico, formulación cultural.

(World Psychiatry 2009:8:131-139)

El tema dominante de análisis y debate en el campo psiquiátrico hoy en día es probablemente el diagnóstico. El anuncio de la publicación de nuevas ediciones de las dos clasificaciones mejor conocidas, el DSM-V y la ICD-11, para 2012 y 2014, respectivamente, ha generado un intercambio previsible, en ocasiones acalorado, de opiniones, recomendaciones, críticas e iniciativas de investigación. Diversas actividades (conferencias, congresos, simposios) en todo el mundo y declaraciones conjuntas de trabajos coordinados a nivel internacional, ha suscitado un impulso que muy probablemente no cesará hasta mucho después de las publicaciones reales.

Se espera que las nuevas nomenclaturas incorporarán cambios importantes en estructura, modalidades diagnósticas, enfoques para la valoración clínica, definición y alcance de los trastornos, así como mediciones de la gravedad y del grado de funcionamiento. Cabe esperar que se tomen en cuenta en un grado realista las contribuciones de las neurociencias y las ciencias sociales, la investigación clínica y epidemiológica y una perspectiva de la salud pública. Por último, aunque no menos importante, los organismos gubernamentales nacionales, las compañías de seguros, la industria farmacéutica y las organizaciones médicas y profesionales de todo el mundo así como el público en general están muy atentos a todo el proceso (1-3).

La recepción y la implementación real de la perspectiva cultural en el diagnóstico psiquiátrico han sido desiguales (4), pese a los pronunciamientos uniformes de los cuerpos directivos de la psiquiatría organizada de todo el mundo, que profesan el respeto y la consideración debida a los factores culturales en la elaboración de las nomenclaturas anteriores, actuales y futuras.

Suponiendo la sinceridad de tales declaraciones, en este artículo se intentará un análisis objetivo de por qué, qué, cómo y cuándo la cultura debería ser una parte integral del diagnóstico psiquiátrico. Después de una breve reseña de los conceptos básicos generales del diagnóstico, se abordará la historia, la evolución y el estado actual de los dos principales sistemas de clasificación disponibles en la psiquiatría actual. Un análisis de los conceptos básicos de la cultura y los factores culturales que intervienen en el diagnóstico psiquiátrico irá seguido de recomendaciones específicas en torno a una integración razonable de los aspectos culturales en el proceso diagnóstico.

DIAGNÓSTICO EN PSIQUIATRÍA: UN RESUMEN BREVE

El diagnóstico psiquiátrico, entendido como el procesamiento de información compleja con respecto a síntomas, conductas, factores emocionales correlacionados y sustratos neurobiológicos finales por medio de la anamnesis y la observación real de los fenómenos psicopatológicos, tiene como objeto llegar a una perspectiva integral de la experiencia del paciente, de manera que se le pueda ofrecer el tratamiento más apropiado, y esto lleve a una mejoría clínica, un funcionamiento personal más eficiente y una calidad de vida más cómoda para el paciente y para su familia.

Las perspectivas modernas hacen que el diagnóstico sea, además de todo lo anterior, un componente esencial de las encuestas epidemiológicas, un aspecto importante para dilucidar el riesgo y los factores protectores que conlleva la entidad clínica que se estudia, una herramienta en la verificación de los roles de familias y sociedades y la base para el establecimiento de políticas y provisión de servicios a individuos y a la población general (5). Se podría presumir con toda seguridad que la perspectiva moderna del diagnóstico incorporaría activamente elementos culturales en la estructura, la conducción y los desenlaces ideales del proceso diagnóstico (6,7).

Con todas sus imperfecciones y deficiencias, el diagnóstico constituye un paso indispensable en la entrevista psiquiátrica, tal vez más relevante que en cualquier otro campo de la medicina. Se basa principalmente en componentes clínicos puros, es decir, el diálogo anamnésico entre paciente y psiquiatra, la valoración de estados emocionales profundamente subjetivos y la exploración de aspectos y experiencias interpersonales (8). El diagnóstico en psiquiatría no tiene la opción de los análisis de laboratorio o la adscripción categórica (patognomónica) de los síntomas o «biomarcadores» utilizados en especialidades

médicas o quirúrgicas. Responde más bien a la caracterización de un «trabajo en curso».

DSM e ICD: historia y evolución

La primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Psiquiátricos (DSM) fue publicada en 1952. Se trataba principalmente de una lista de entidades clínicas con un fuerte componente ideológico, una mezcla casi paradójica de terminología psicoanalítica y conceptuaciones «psicobiológicas» mayerianas. Adolf Mayer, patólogo nacido en Suiza que se trasladó a Chicago, ciudad donde trabajó, había sido el primero en tratar de integrar las definiciones de las enfermedades psiquiátricas. Su influencia en la psiquiatría estadounidense, como primer jefe del servicio de psiquiatría en el Johns Hopkins Hospital de Baltimore entre 1912 y 1960, fue trascendental, no sólo como símbolo de la apertura de un país todavía joven a las contribuciones de un científico inmigrante, sino por la permeabilidad de la medicina y la psiquiatría estadounidense a ideas innovadoras (9). Mayer consideraba las enfermedades psiquiátricas como «reacciones» a diversos factores psicobiológicos y, al igual que Freud a los fenómenos «inconscientes», les confirió un carácter categórico y etiológico irrefutable.

Este enfoque persistió en la segunda edición del DSM (1968), aun cuando se eliminase el término «reacción». La aceptación de una etiología supuesta o preestablecida, ni siquiera la consideración de una cadena patógena mediadora en respuesta a factores etiológicos todavía desconocidos, presidía el trasfondo teórico de estas clasificaciones.

El DSM-III fue publicado en 1980 y, tanto dentro como fuera de la psiquiatría, muchos médicos lo consideraron una «revolución» en la nosología de los trastornos psiquiátricos. En realidad, constituyó un cambio drástico en el enfoque diagnóstico pues se alejaba de la jerga psicoanalítica y los conceptos «psicobiológicos» débiles, adoptaba un enfoque fenomenológico-descriptivo-categórico (jaspersiano y kraepeliniano en su mayor parte), procuraba y utilizaba las observaciones documentadas en las investigaciones, enumeraba criterios más precisos y asignaba cuantificaciones codificadas. Antes y después de su publicación, el DSM-III generó abundantes libros, artículos y nuevas investigaciones que, aunque brindaban respaldo, resaltaban la fiabilidad a expensas de una validez no demostrable (10).

La aceptación mundial del DSM-III lo convirtió en la clasificación de facto de los trastornos psiquiátricos prácticamente en todos los países, a juzgar por la traducción del manual a más de 30 idiomas. Esto ocurrió pese a una omisión prácticamente total de los factores culturales, a no ser por algunas frases tímidas aquí y allá, o compilaciones que trataban de demostrar la aplicabilidad del manual a casos de diferentes regiones del mundo (11). Este método persistió en el DSM-III-R, publicado en 1987, el que incorporó criterios más amplios para algunos trastornos pero, lo que es más importante, multiplicó aun más el número total de entidades diagnósticas.

El éxito del DSM-III y el DSM-III-R puso de relieve el diagnóstico en la psiquiatría mundial. No hay duda con respecto a la nueva importancia que un diagnóstico bien fundamentado adquirió para la investigación, las actividades de enseñanza y los enfoques terapéuticos en la práctica. Abogados, administradores, compañías de seguro, burócratas y políticos prestaron más atención a los diagnósticos y sus implicaciones. La fiabilidad no era lo único que se necesitaba, pero era suficiente para un diagnóstico aceptable.

Hay quienes pueden decir que el DSM-IV representó una mejora moderada en cuanto a reconocimiento y aceptación de una perspectiva cultural. Un grupo distinguido de psiquiatras culturales (médicos e investigadores) y científicos sociales enviaron una serie de sugerencias y recomendaciones a la comisión del DSM-IV. Hay que lamentar que estas contribuciones fuesen recortadas drásticamente y diesen por resultado sólo tres adiciones: una mención de lo «cultural», al igual que «edad» y «género», como parte del texto en algunos (no todos) grupos de trastornos; la inclusión de una formulación cultural en el Apéndice I (después de lo último) del manual; y la lista de un glosario (incompleto) de «síndromes ligados a la cultura». La escasez de contenido cultural del DSM-IV puede haber sido solo uno de los motivos por el que las escuelas de medicina, los programas de residencia y los médicos en general no han prestado la misma atención a estos conceptos, y específicamente a la formulación cultural, que la que prestaron, en la cima de la influencia psicoanalítica en el ejercicio psiquiátrico de los EE.UU., a la entonces llamada «formulación psicodinámica».

El destino de los aspectos culturales del diagnóstico psiquiátrico es, a su vez, ambiguo si no vago. La índole de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un organismo que representa a todos los países del mundo (los cuales, a su vez, están oficialmente comprometidos a seguir sus reglamentos, normas y recomendaciones), y su principal preocupación por las repercusiones de todas las enfermedades en la salud pública, hacen más factible que se tome en cuenta la cultura en el diagnóstico aun cuando en las deliberaciones también se tenga que prestar atención a aspectos no nosológicos. Por consiguiente, se podría pensar que la mención de las variantes culturales en algunas entidades, la incorporación de los «síndromes ligados a la cultura», las recomendaciones específicas sobre los estilos y enfoques para las entrevistas, las explicaciones de criterios y otros aspectos del proceso, tendrían una presentación más enfocada. Sin embargo, esto no siempre ha ocurrido así en el transcurso de décadas y en varias versiones de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD), pese al análisis académico y valeroso de estos aspectos que Stengel realizó a petición de la OMS hace cinco años (12) y a diversas publicaciones más recientes (13,14).

Críticas al diagnóstico psiquiátrico

Los representantes de diferentes segmentos del público y el mundo profesional han criticado la forma y el contenido de las nomenclaturas actuales. De hecho, esto es un reflejo de la enorme importancia que el diagnóstico psiquiátrico ha tenido en muchos ámbitos. Históricamente, los psicoanalistas fueron los primeros en lamentar la desaparición, en el DSM-III y las revisiones subsiguientes, de los múltiples conceptos e ideas que les eran tan preciados. Sus críticas giraban en torno a la omisión de los fenómenos inconscientes (o psicodinámicos) como componentes de los criterios diagnósticos, la omisión de algunos términos clínicos o diagnósticos y la sujeción a directrices precisas para la entrevista, la evaluación y las conclusiones, en vez del enfoque poco estricto «de asociación libre» de la escuela freudiana (15).

Resulta interesante que los fenomenólogos también criticasen el DSM-III y sus versiones sucesivas pese a la adopción de enfoques descriptivos claros en el nuevo sistema. Estos críticos señalaron que en el manual se había más o menos «manipulado» la fenomenología característica, privándola de su rico contenido filosófico, en aras de un uso más pragmático de los términos antiguos y la selección de nuevos (16). Así mismo, los neurocientíficos y los investigadores en las ciencias básicas objetaban lo que consideraban la falta de reconocimiento de las contribuciones de sus respectivos dominios a algunos diagnósticos, sobre todo en el campo conocido como «neuropsiquiatría», lo que comprendía el conjunto de síntomas relacionados con la edad y de base genética (17,18). Por último pero no menos importante, los psiquiatras sociales y culturales han denunciado constantemente el etnocentrismo no declarado (de orientación caucásica) del DSM y su «omisión benigna» de problemas específicos. Esto se analizará adelante con más detalle.

La sociedad en general no ha sido indiferente a los debates en torno a este tema. Las organizaciones ajenas a la psiquiatría, si bien reconocen la necesidad de las nomenclaturas psiquiátricas, en ocasiones tienden a verlas como instrumentos potencialmente amenazantes o excesivos de control, intrusión y opresión. Las perspectivas extremistas de la Iglesia de la Cienciología sobre la psiquiatría son conocidas (19). En el mundo corporativo, las compañías de seguros obstaculizan el alcance de las entidades clínicas y su tratamiento; hasta hace poco tiempo sencillamente rehusaban brindar cualquier clase de protección por trastornos psiquiátricos diagnosticados y tratados en el ámbito hospitalario o extrahospitalario en los Estados Unidos. Por su parte, la industria farmacéutica ha recibido con beneplácito el número creciente de trastornos diagnosticables, ha ejercido presiones para conseguir más indicaciones clínicas de sus compuestos existentes (incluida la proliferación de las recomendaciones para indicaciones extraoficiales) y ha favorecido —sin admitirlo— el empleo de la «polifarmacia», que es, en cualquier sentido práctico, una burda negación o rechazo de los sistemas diagnósticos formales.

Otros dos protagonistas contribuyen a lo que algunos han denominado la «subcultura» de los debates sobre el diagnóstico psiquiátrico: la jurisprudencia y los medios de comunicación. Algunas firmas de abogados y abogados concretos malinterpretan o abusan de los aspectos de locura derivados del indicio de cualquier diagnóstico, para justificar las violaciones a las leyes de todo tipo; a su vez, es posible que critiquen diagnósticos como imprecisos o «crueles», según las características concretas del caso. Y, como un tamborilero de fondo, o en ocasiones, orquestando esta verdadera agitación cultural, los medios de comunicación arman un escándalo con los incidentes relacionados con la psiquiatría, critican errores diagnósticos u omisiones, echan la culpa a los fracasos del tratamiento o exageran los desacuerdos generados en la profesión, para mantener vivos los temas vendibles.

Estado actual del diagnóstico psiquiátrico

Desde una perspectiva estrictamente clínica y científica, el estado actual del diagnóstico en psiquiatría responde mejor al calificativo «en transición». En los últimos 15 años se han visto avances importantes en la investigación epidemiológica, la investigación neurocientífica y el tratamiento clínico de muchos trastornos psiquiátricos. Al mismo tiempo, la experiencia con el empleo de los sistemas diagnósticos existentes ha permitido observaciones bien fundamentadas, tanto favorables como críticas, así como recomendaciones para mejorar. Por ejemplo, resulta claro que, aunque mejoran los grados de fiabilidad y comunicación en general, los criterios diagnósticos descriptivos reflejan una carencia de información congruente sobre la etiología y la fisiopatología de los trastornos psiquiátricos, lo cual se debe en parte a la falta de «marcadores biológicos» fiables. Así mismo, estos criterios constituyen una mezcla de características de la conducta (alguna de ellas no necesariamente «patológica») y verdaderos síntomas. Esto puede llevar en parte a altos grados de comorbilidad (y su imprecisión inherente, opacadas por los agregados familiares complicados de la psicopatología) o a un número excesivo de diagnósticos «no especificados» (20).

Existen relaciones confusas entre validez, gravedad, discapacidad y aspectos cuantitativos ideales de los diagnósticos (21). Este componente cuantitativo, a su vez, no puede ser captado por el enfoque multiaxial. Las «nociones aplicables a diferentes aspectos» o la transición de la normalidad a la psicopatología no están claramente establecidas, por lo que la evolución clínica de cualquier trastorno se vuelve predeterminada, si no artificial (22). El número de criterios que es «necesario» para un determinado diagnóstico genera heterogeneidad aun en los pacientes que terminan con el mismo diagnóstico. El diagnóstico diferencial puede, entonces, resultar difícil y confuso. La representación conceptual de los criterios diagnósticos invita a la rigidez y a la indefinición en un ejercicio diagnóstico que debe ser activo y lúcido. La investigación limitada o sesgada puede resaltar la importancia de los síntomas estudiados con más frecuencia, no necesariamente los más pertinentes o decisivos en el cuadro clínico, generando variaciones importantes en los estudios epidemiológicos, entre otros. Los subtipos y los diagnósticos «subumbral» son subjetivos, inestables, arbitrarios y, finalmente, no empíricos (23). La edad, el género y las variantes del desarrollo, que están más cercanos a la perspectiva cultural, básicamente se ignoran.

CULTURA Y FACTORES CULTURALES EN EL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

La cultura se define como una serie de normas de conducta, significados y valores o puntos de referencia utilizados por miembros de una sociedad específica para conceptuar su visión singular del mundo y verificar su identidad. Esto comprende diversas variables como lenguaje, tradiciones, valores, creencias religiosas, pensamientos y prácticas morales, género y orientación sexual y posición socioeconómica (24). Esta definición, manteniendo el ritmo del progreso, también ha incorporado elementos como filosofías económicas y las realidades siempre cambiantes que imponen los avances tecnológicos. La gama de las posibles interacciones entre la cultura y sus componentes con los fenómenos clínicos en general y con el diagnóstico psiquiátrico en concreto, es amplia y multifacética. Esto último ciertamente exige un conocimiento de la psiquiatría cultural como disciplina en crecimiento.

La psiquiatría cultural se ocupa de describir, definir, valorar y tratar todos los trastornos psiquiátricos, en lo que reflejan y

están sujetos a la influencia modeladora de los factores culturales. Utiliza los conceptos y los instrumentos de las ciencias sociales y biológicas para lograr avances en el conocimiento completo de los acontecimientos psicopatológicos y su control por pacientes, familias, profesionales y la sociedad en general (25,26). Los límites de esta disciplina se establecen mejor al definir lo que no es la psiquiatría cultural. No se puede restringir ser una subespecialidad psiquiátrica, por cuanto la cultura impregna todo acontecimiento clínico y no clínico en todas y en cualquiera de las enfermedades. No es un nuevo término para otras disciplinas (de hecho, la psiquiatría cultural es el resultado de una evolución histórica de campos anteriormente denominados psiquiatría comparativa, psiquiatría intercultural o transcultural, psiquiatría social y otros, evitando precisamente la «repetición» de viejas ideas). La psiquiatría cultural no es una psiquiatría antibiológica sólo porque reconoce la diferencia entre etiología (probablemente biológica) y patogenia (tal vez psicosociocultural) de los fenómenos mentales y acepta las contribuciones de las neurociencias como factores reforzadores y esclarecedores de lo que es normal y lo que es anormal. En el mismo contexto, la psiquiatría cultural no es una estratagema política ni mera retórica (27,28).

La psiquiatría cultural, al acercarse más a su ocupación del diagnóstico, no debiera considerarse sólo como una psiquiatría de minorías étnicas o de tierras exóticas, por cuanto esto negaría la repercusión de los factores culturales en la vida cotidiana de poblaciones mayoritarias de cualquier país o continente, o las reduciría a existir sólo en lugares alejados de los centros urbanos, los países desarrollados o, con más exactitud, los países occidentales. Si bien es verdad que por conveniencia clínica, en la presentación y el análisis de los aspectos culturales de la salud, la enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento se puede recurrir a ejemplos de minorías étnicas, inmigrantes, refugiados o a los llamados «grupos especiales» (niños, adolescentes, ancianos, mujeres, homosexuales o miembros de cultos y sectas religiosas, todos ellos considerados «minorías»), sería un gran error asumir que la cultura existe sólo en estos grupos y para ellos. De hecho, el reconocimiento de los componentes culturales del diagnóstico psiquiátrico en todos sería un gran paso para corregir esta perspectiva errónea. Es evidente que la psiquiatría cultural no es lo mismo que la psiquiatría internacional, ni está limitada a raza, género sexual y etnicidad como sus principales indicadores.

El médico debe comprender muy bien los antecedentes culturales del paciente y su identidad, así como reconocer y valorar su repercusión. La cultura implica una serie decisiva de factores, por lo que juega diversos papeles en el proceso diagnóstico (29). Los factores culturales pueden tener una gran repercusión patógena como factores detonantes de la psicopatología [p. ej., el papel de los programas de televisión con violencia en la patogenia de la conducta violenta en niños o adolescentes probablemente predispuestos (30)]. También pueden contribuir a establecer la gravedad de los síntomas psiquiátricos en grado mayor o menor (p. ej., la respuesta de busca de ayuda tardía a la aparición de síntomas psicóticos agudos en un miembro de la familia). Pueden ser agentes en la expresión de los síntomas clínicos, reflejando los temas dominantes del periodo histórico en el cual ocurre la enfermedad. Ciertamente son elementos decisivos del tratamiento.

¿Cómo se está utilizando la cultura en el ejercicio diagnóstico de la psiquiatría actual? Muy deficientemente, es la respuesta escueta. Las declaraciones de la importancia de los factores culturales en el diagnóstico ciertamente no son escasas. Sin embargo, el empleo de la formulación cultural es limitado, la cultura en las evaluaciones clínicas se reduce a menciones de raza, etnicidad, idioma o posición del inmigrante en el mejor de los casos, y en la mayoría de los programas de enseñanza de la especialidad la psiquiatría cultura abarca algunas horas, muy a menudo durante los últimos años de la residencia o en los periodos de admisión, cuando su repercusión es minimizada por las expectativas o planes de los residentes siguientes. Incluso en los programas en los que estos requisitos se deben cumplir, las exigencias de un conjunto creciente de conocimientos relega la psiquiatría cultural a su consideración mínima. En términos prácticos, el mensaje es condescendiente: «Sí, los factores culturales son importantes para el diagnóstico psiquiátrico, de manera que hay que verificar raza y etnicidad de los pacientes; si existen dificultades con el lenguaje, hay que llamar a algún intérprete (si se dispone de alguno), ser respetuoso y proceder rápidamente al siguiente caso».

Las interacciones de profesores y estudiantes o de médicos y pacientes no siempre tienen esa sensación apresurada que parece cínica. El personal de las unidades hospitalarias concurridas, las clínicas de consultas externas, las salas de urgencia o los consultorios privados, hacen lo mejor por atender las intensas exigencias de tiempo y destrezas profesionales. Quienes logran obtener información cultural aceptable e investigan datos culturales sólidos, aprenden a reconocer qué es lo cultural en el campo clínico generalmente denominado «entorno». Sólo si se logra esto se puede hablar de un diagnóstico verdaderamente exhaustivo, individualizado y, por todos estos motivos, también poseerá el sello humanista que debe ser parte esencial de toda interacción clínica en medicina y más concretamente en psiquiatría.

Lamentablemente estas ventajas conllevan las desventajas resultantes de las críticas antes señaladas (31). Se dice que la cultura es demasiado amplia como concepto, demasiado compleja en contenido y demasiado heterogénea en su naturaleza (los centenares e incluso millares de grupos culturales y subculturales, idiomas y dialectos de todo el mundo a menudo son citados como prueba de ello) para ser abarcada por las interacciones clínicas relativamente simples (32). Las contribuciones de la bibliografía que abordan la cultura en el ejercicio clínico y el diagnóstico son en su mayor parte descriptivas, narrativas o teñidas de puntos de vista sociológicos, antropológicos (33) y por tanto son estigmatizadas y descartadas como «ciencia débil» por médicos y científicos. Muchos autores insisten en que los factores culturales son importantes sólo para cuestiones de tratamiento y asistencia, acaso para las medidas preventivas, pero no para el propio diagnóstico. Por último, las desventajas están rematadas por las dificultades logísticas de la instrumentación de las investigaciones diagnósticas culturales: sus proponentes no parecen estar de acuerdo con el contenido de tales investigaciones, no hay demasiadas herramientas bien comprobadas e incluso si las hay, su uso requiere mucho tiempo y es complicado (21,32,33).

Los llamados «síndromes ligados a la cultura» merecen comentarios especiales. Se trata de cuadros clínicos que se dice están relacionados singularmente con características culturales

específicas de los grupos humanos en los que ocurren; como tales, sus manifestaciones etiológicas, patógenas y clínicas no corresponden a las entidades habituales que se incluyen en la mayor parte de las nomenclaturas basadas en la cultura occidental. De hecho, los síndromes ligados a la cultura tienen un historial venerable enriquecido por las contribuciones de notables médicos e investigadores en los últimos cuatro o cinco decenios (34,35). En el Apéndice I del DSM-IV se incluyó una lista parcial de los síndromes ligados a la cultura, pero no se hizo justicia a la extensa bibliografía sobre el tema. Prácticamente en toda región del mundo existe una serie de síndromes ligados a la cultura; sin embargo, es preciso señalar que en ocasiones las descripciones son muy similares y en otras demasiado genéricas o vagas para caracterizarse en forma apropiada. La cuestión básica sobre los síndromes ligados a la cultura se basa en otro dilema adicional: ¿Son entidades nosológicamente autónomas o tienen suficientes semejanzas con los trastornos clínicos existentes que actualmente se enumeran en el DSM o en la ICD?

¿QUÉ DEBERÍA SER CULTURAL EN UN DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO MODERNO?

El propósito de incluir los elementos culturales en el diagnóstico no es homogeneizar los procedimientos diagnósticos hasta el punto de resultar generalizaciones vagas, ni acentuar la heterogeneidad en aras de una minuciosidad mal concebida. Los componentes culturales del diagnóstico psiquiátrico moderno abarcan diferentes áreas. La siguiente es una lista de los principales aspectos sobre los cuales puede obtenerse información durante una entrevista clínica bien estructurada.

Variables culturales

Éstas deberían reconocerse y describirse debidamente y crear así el marco para una información más exhaustiva. La serie mínima de variables a cubrir en la fase inicial de una valoración clínica serían especificaciones sobre lenguaje (y cómo se domina), religión y espiritualidad (con posible mención de los principales preceptos, según los comprenden y describen el paciente y sus familiares), género sexual y orientación sexual, tradiciones y creencias (las que junto con la etnicidad confieren un sentido de identidad personal y de grupo), antecedentes de migración y grado de aculturación (cuando es necesario y aplicable) (24).

Datos de la familia

La información sobre la familia es en sí misma otra variable cultural y es tan importante que merece atención especial. Los antecedentes, la estructura y la vida de la familia proporcionan datos sobre lo que llamamos segmentos «microculturales» o «microambientales» en la historia del paciente. Se deben investigar aspectos como modalidades de educación, roles, jerarquías, actividades que infunden valores, hábitos alimentarios e interacciones sociales (p. ej., celebraciones sociales), como parte de todo el proceso de valoración. Por último, pero no menos importante en esta sección, los patrones de búsqueda de ayuda, aunque no son estrictamente un componente diagnóstico, representan un factor útil revelador del contexto que refleja muchas cosas de la mentalidad de la familia acerca de las interacciones con el mundo exterior en general y el personal sanitario en particular (36).

Factores patógenos y patoplásticos

El ambiente (o «macroambiente», para ser más precisos) es una fuente casi inagotable de factores tanto benignos (o preventivos) como nocivos para la aparición de cualquier trastorno clínico. Para los fines de un diagnóstico basado en la cultura, es esencial identificar los factores patógenos ambientales, los que comprenden la vida familiar (que merece una atención especial, como se señaló antes), pero también apreciar la repercusión de influencias más generales como son medios de comunicación, estructuras sociopolíticas, reglas y valores de la conducta en público, afiliación religiosa, esquemas, rituales, normas educativas, etcétera.

Los factores patoplásticos designan la singularidad de la expresión de los síntomas. El médico debe estar preparado para reconocer que la descripción de los síntomas por el paciente y sus familiares, las palabras y los términos que se utilicen y el contexto en el que se desenvuelve el caso clínico (en breve, el componente «narrativo» de las interacciones entre el profesional y el paciente) responden al momento concreto en que ocurren. El ambiente configura la forma (no sólo la sustancia) de los síntomas: un delirio es una creencia firme e inmutable (en muchos casos excéntrica y extravagante) que se identifica en la evaluación psicopatológica de cualquier paciente, ahora y siempre desde que la psiquiatría clínica se estableció como disciplina; el contenido del delirio (de prominente factura cultural), no obstante, será diferente en un paciente del siglo XXI que crece en un mundo urbano dominado por la tecnología al de un paciente de hace 200 años, que vivió en un medio predominantemente rural, mucho menos complejo. La distinción entre la aparición del síntoma, su descripción verbal y la realidad circundante del paciente sigue siendo el elemento fundamental de esta parte de la valoración.

Modelos explicativos

Los modelos explicativos son un componente decisivo de todo marco cultural del diagnóstico psiquiátrico, que ofrecen la perspectiva idiosincrásica del paciente y los familiares acerca del origen (¿etiología cultural?) de los síntomas, por qué ocurren y cómo ha evolucionado el proceso de «enfermarse». La exploración podría ampliarse y abarcar preguntas relativas a por qué este paciente en concreto se convirtió en la «diana» de tales síntomas y qué se debería hacer para resolverlos (37). El sello cultural de estas explicaciones no debe subestimarse, ya que la información es valiosa y pertinente tanto para el propio diagnóstico como para los aspectos del proceso de tratamiento multidisciplinario final (multiconceptual o multidimensional).

Puntos fuertes y débiles del paciente

La parte de la exploración del estado mental de una historia clínica comprende ahora una sección que resume los puntos fuertes y las debilidades de cada paciente según las comunica él o sus familiares. Es innegable el carácter cultural de esta información: puesto que es el producto de la autoobservación,

refleja aspectos de la autoimagen y la autoestima subsiguiente. Los estilos de interacción, el carácter y las destrezas sociales, el grado de desempeño, incluso los anhelos sutilmente disimulados de cambio o los objetivos terapéuticos claros (38). Así mismo, los puntos fuertes y las debilidades (estas últimas consideradas como barreras que obstaculizan los métodos de tratamiento) configuran lo que se conoce como «estilos de adaptación» del paciente por contraposición a los sucesos adversos que originaron, desencadenaron o agravaron los síntomas patológicos.

ASPECTOS PRÁCTICOS DE LA INTEGRACIÓN DE LOS FACTORES CULTURALES EN EL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

La logística del proceso para incorporar los factores culturales tanto en la ICD como en el DSM no es sencilla. Consta de varios pasos o componentes que comprenden la integración conceptual, la coherencia ideológica, la visión pragmática e incluso el compromiso político. Comprende la incorporación de la cultura en la definición de trastorno psiquiátrico, un análisis y una mejora de la formulación cultural y pasos específicos en los procesos de entrevista, instrumentación, documentación clínica e investigación necesaria.

Definición de trastorno psiquiátrico

Un primer paso debería ser el reconocimiento inequívoco de que las discordancias culturales juegan un papel importante en la definición de trastorno psiquiátrico como conductas de inadaptación e inadecuación funcional subsiguiente. No basta con limitar este reconocimiento a frases anodinas como «en contraste con las normas culturales aceptadas de la población del individuo o la sociedad de origen». La definición de trastorno psiquiátrico, o de enfermedad o padecimiento psiquiátricos, deben ser explícitos en torno a tales discordancias (es decir, en contra de las reglas de coexistencia, respeto o solidaridad en la cultura de origen), enumerándolas en forma sucinta pero exhaustiva. Al parecer, se acepta en general que la definición de trastorno psiquiátrico será una de las páginas iniciales de los nuevos manuales; está por verse si ha de incluir un componente cultural. Sin duda sería una demostración clara de que los directivos de la OMS, la American Psychiatric Association, la World Psychiatric Association y otros organismos y organizaciones que intervienen en esta acción realmente pretenden materializar una característica tan esperada del producto final del proceso (39,40).

Formulación cultural

La formulación cultural, según se describe en el DSM-IV-TR, es una herramienta valiosa que, no obstante, no se ha sometido a pruebas sistemáticas. Su contenido comprende la mayor parte, si no todos, los conceptos descritos en este artículo. Ofrece la ventaja de que ya es un instrumento conocido, utilizable por especialistas y no especialistas en psiquiatría, lo que intensifica la utilidad de la etnografía como un método de recogida de datos clínicos, que abarca la perspectiva del propio paciente e incluye datos sobre su identidad, modelos explicativos, ambiente psicosocial y funcionamiento, relación con el profesional que establece el diagnóstico y una valoración cultural global para el diagnóstico y el tratamiento (41). Proporciona una mejor comprensión de los síntomas y por tanto aumenta la exactitud de la valoración clínica tradicional.

Una de las desventajas mencionadas de la formulación cultural actual es la imprecisión con la heterogeneidad subsiguiente de los datos narrativos. En una época de enfoques cuantitativos para la valoración clínica del paciente individual y de grupos de pacientes y el empleo de documentación «basada en evidencia», algunos autores han recomendado la creación de una escala para transmitir de manera más objetiva la naturaleza cualitativa de la información de la formulación cultural. Ciertamente éste es un proyecto realizable. Sea como sea, existe el consenso sobre el hecho de que la formulación cultural debe tomarse como una herramienta formalmente autorizada para el empleo de las valoraciones clínicas que permiten establecer un diagnóstico más exhaustivo (42).

¿Eje cultural? ¿Dimensión cultural?

Una iniciativa promovió durante un breve tiempo la idea de añadir un eje cultural a los cinco incluidos desde el DSM-III. Sus partidarios resaltaban la «visibilidad» que los aspectos culturales lograrían si se incorporasen en un eje exclusivo. Sin embargo, pronto resultó evidente que sería enormemente laborioso e ineficaz pretender incluir en un solo eje todo lo que fuese cultural en torno a la experiencia de la persona con una enfermedad psiquiátrica. Es más, iría en contra del carácter universalista de las valoraciones culturales y crearía una seudoindependencia que incrementaría más el aislamiento de la cultura como un factor diagnóstico. Los críticos opinaron que la cultura más bien debía ser uno de los aspectos prioritarios de todas las interacciones clínicas que permiten establecer un diagnóstico y presidir la valoración global de todos los pacientes, con las especificaciones de su repercusión en los síntomas, los síndromes y toda la experiencia de la enfermedad (4).

El debate sobre una «dimensión» cultural es más actual, dado el debate a propósito de los métodos categóricos por contraposición a los dimensionales en el diagnóstico psiquiátrico en general (43). Es verdad que la cultura implica (y juega) un papel importante desde una perspectiva dimensional, con factores (¿facetas? ¿rasgos?) que también están sujetos a la influencia de realidades externas como pobreza, desempleo, circunstancias legales y políticas, «ismos» de todas clases. Sin embargo, el dimensionar la cultura también podría crear un aislamiento y un descuido final, su implementación sería dilatada y la información obtenida de esta manera quedaría fragmentada. De nuevo, la respuesta razonable a esta demanda sería un empeño renovado para hacer de la valoración cultural un componente fluido de la entrevista clínica, con instrumentos fáciles de utilizar y puntos de vista y procedimientos cohesivos y exhaustivos.

Procedimientos para la entrevista clínica

Teniendo presente una perspectiva clara de las variables culturales pertinentes, los factores etiopatógenos y los modelos explicativos sobre los que hay que informarse en el curso de la entrevista clínica habitual, una escala de calificación simple

pero informativa, y a la mano los componentes de la formulación cultural, el médico estará bien preparado para integrar estos factores en su labor sistemática. Sin embargo, este sentido de alerta es decisivo pues permitiría la identificación rápida de lo que puede ser «cultural» en la historia del paciente [p. ej., el tema ubicuo de la somatización (44)]. Si tal contenido es leve, se mantendrá en la documentación clínica como un recordatorio específico que más tarde puede ser pertinente o útil. Si la intuición (o «suspicacia») del médico es moderada o incluso considerable, podría utilizar un método de tipo «telescópico» que le permita ir de las apreciaciones amplias a las estrechas (más precisas, en este caso), utilizando ahora las herramientas disponibles para lograr que su percepción también sea clara. Puesto que un método telescópico exige no sólo el «acercamiento», sino también diversas lentes con vistas cada vez más detalladas y posibilidades de ajuste, esta valoración «telescópica clínica» por contraposición a la valoración de los factores diagnósticos culturales puede hacer uso de nuevos enfoques, lo que comprende preguntas a familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo o conocidos, o instrumentos clínicos adicionales para ratificar verdaderas «discordancias culturales» en la historia clínica que se está elaborando (45,46). Puede haber un aspecto para el cual sea necesario remitir al paciente a la ayuda de un colega experimentado en ese campo.

Este proceso puede continuar hasta la identificación de un «síndrome ligado a la cultura», por ejemplo (35,47), o de un aspecto bien definido relacionado con la cultura de una entidad clínica tradicional, como sería analizar y valorar el concepto, la gravedad y la explicación del riesgo de suicidio en un determinado paciente (48). Todo esto se documentará debidamente en la historia clínica final. Desde luego, este empeño finalmente puede llevar a un diagnóstico más completo y se supone que a una serie completa de recomendaciones terapéuticas. Por lo contrario, puede terminar en una exclusión razonable de la etiopatogenia cultural y a la vez mantener el valor como parte de las recomendaciones de tratamiento general, por ejemplo, fortalecimiento de los lazos familiares, psicoterapia de grupo o consejo espiritual. El médico también asentará claramente esto en el expediente clínico.

INVESTIGACIONES FUTURAS RECOMENDADAS

En los próximos años se presenta una oportunidad importante para la investigación sobre la cultura y el diagnóstico psiquiátrico (32,33). Es posible que se cuente con una serie de fuentes de financiación mejor distribuidas cuando la necesidad de satisfacer viejas promesas se vuelva apremiante. Siguen existiendo importantes lagunas de conocimiento en este terreno pese a la ubicuidad de las culturas en todos los campos de la investigación sobre el diagnóstico psiquiátrico. El volumen sobre una agenda de investigación para el DSM-V dado a conocer por la American Psychiatric Association (49) reconoció el papel de la cultura en prácticamente todos sus capítulos. Los neurocientíficos comentaron la importancia omnipresente de los aspectos étnicos y culturales en la interpretación de la mayoría de los estudios genéticos, y su influencia en la vulnerabilidad y flexibilidad, los estilos de adaptación, las respuestas cognitivas al estrés y las características del apoyo social. En la actualidad son innegables los componentes etnoculturales presentes en las manifestaciones endofenotípicas de los trastornos psiquiátricos y las realidades de la epidemiología farmacológica, las observaciones etnopsicofarmacológicas y los hallazgos de la farmacogenómica (50). También se señaló que la nueva nomenclatura debería incluir una delimitación clara de los criterios centrales y el reconocimiento de las variantes culturales y transculturales en la definición de los síntomas, así como las manifestaciones conductuales y sintomáticas.

Así mismo, el grupo de trabajo sobre aspectos del desarrollo dio más detalles con respecto a los temas de significación y contexto y sus efectos sobre la expresión de las conductas específicas, así como los riesgos para la psicopatología en las diferentes fases de desarrollo. Además, se resaltó la necesidad de proporcionar explicaciones sobre los mecanismos sociales, culturales y neurofisiológicos que intervienen en las repercusiones de los rasgos de la personalidad adaptativa e inadaptativa. El capítulo pertinente señaló diferencias tipológicas y conductuales entre las culturas e incluyó comentarios sobre los resultados irregulares de los instrumentos de medición bien conocidos en diferentes grupos étnicos. La investigación en psiquiatría cultural debe prestar atención al «factor de conveniencia» en los procesos diagnósticos, un preludio al vasto campo sobre el estigma y su repercusión diagnóstica, así como los sesgos etnoculturales y lingüísticos en las valoraciones psiquiátricas (51,52). Los campos de la epidemiología cultural (una mezcla potencialmente rica de variables antropológicas y epidemiológicas descriptivas) y los estudios comparativos (urbanos por contraposición a rurales, DSM-ICD, internacionales e interhemisféricos) también son relevantes (53,54).

Las similitudes y las diferencias entre la etnicidad y la identidad, la religiosidad y la espiritualidad son temas de conexiones valiosas con el diagnóstico psiquiátrico en diversos contextos culturales (55). Los vínculos entre la biología y la cultura en psicopatología pueden tener una gran repercusión en los factores diagnósticos como flexibilidad, respuesta a sucesos traumáticos, violencia, susceptibilidad al tratamiento y creatividad, entre otros (56,57). Los factores culturales en diagnósticos específicos como dolor crónico, fobias, trastornos disociativos y de la conducta alimentaria, así como trastornos de la personalidad, son prominentes y a la vez no están totalmente analizados (58). Lo mismo es aplicable a la valoración de la cultura en la percepción de la gravedad de los síntomas (por pacientes y médicos), las alteraciones funcionales y el campo general de la calidad de vida (59). El tomar en cuenta los estudios en torno a dimensionar los factores culturales podría crear el marco para los sistemas diagnósticos y nosológicos futuros (43).

En el campo de los síndromes ligados a la cultura, los posibles temas de investigación son abundantes y hay una gran necesidad de su implementación. El primer campo de investigación y el más importante tiene que ver con su validez como entidades clínicas a tomarse en cuenta por sí mismas, o para incluirse como parte de los grupos de trastornos existentes; es decir, «*ataque de nervios*» es una forma de trastorno por pánico; «*amok*», un episodio psicótico violentamente agudo; «susto», un trastorno disociativo, o «*koro*», una variante de un trastorno obsesivo compulsivo (47,60). A su vez, ¿cuánto hay de cultural en los trastornos «*occidentales*» bien establecidos como la anorexia nerviosa o la ludopatía? (61-63). Huelga decir que los intensos debates sobre esto podrían resolverse por medio de proyectos de investigación comparativa bien concebidos.

De un modo muy parecido a los avances actuales en la nosología psiquiátrica, las investigaciones de campo sobre la formulación cultural podrían examinar validez, factibilidad (utilidad) y fiabilidad del instrumento. Se necesitarían muestras de género, raciales y étnicamente diversas para incorporar la variabilidad cultural tan buscada en la presentación de los síntomas y aclarar los aspectos de infradiagnóstico o supradiagnóstico de algunas entidades en diferentes grupos étnicos (42,43). La participación del «grupo de referencia cultural», la repercusión de factores como el sector asistencial o los antecedentes culturales personales y profesionales del médico, deben ser temas adecuados de investigación. La aplicación de la formulación cultural y su comparación entre diferentes trastornos concomitantes o difíciles de diferenciar, la harían más rigurosa y fiable (60). Por último, la formulación cultural puede y debe administrarse y examinarse en diversos contextos clínicos, esto es, en medicina general, asistencia primaria y clínicas de psiquiatría, así como en las unidades de medicina especializada y psiquiatría.

CONCLUSIONES

El dilema de la universalidad frente a la distintividad implícito en la elaboración de los sistemas diagnósticos y de clasificación a través de la historia tiene una perspectiva emblemática en el debate en torno a la incorporación de la cultura y los factores culturales en las ediciones futuras del DSM y la ICD. La internacionalización de los campos de la salud y la psiquiatría a consecuencia de la globalización, nutrida, a su vez, por las migraciones aparentemente inevitables, ha llevado a la aceptación de problemas prácticos de diversidad en los contextos clínicos en todo el mundo. Si bien en general es aceptado, este empeño no está exento de dificultades en muchos aspectos: conceptuales, metodológicos, clínicos, económicos, administrativos y políticos. No obstante, existe ahora una oportunidad histórica para la materialización de las promesas antiguas y debe ser aprovechada decisivamente por todos los individuos, grupos y organizaciones implicados.

La trayectoria de los dos principales sistemas nosológicos actuales ha puesto en claro que la cultura, como un factor etiopatógeno y patoplástico, y como un componente que contribuye a la gravedad, tiene una repercusión importante en el diagnóstico psiquiátrico. Sin embargo, tal repercusión tiene aun más alcance: todo médico debe conocer y evaluar las variables culturales pertinentes, los datos relacionados con la familia, los modelos explicativos, los puntos fuertes y débiles de los pacientes individuales y sus sociedades de origen. La psiquiatría cultural, como una disciplina joven pero vigorosa, ayuda a la sistematización de estos conocimientos, gracias a sus vínculos crecientes con las ciencias neurobiológicas y sociales.

En una nueva definición de trastorno psiquiátrico, además de una declaración explícita de un referente cultural («discordancias culturales»), se necesita el empleo y la mejora, así como la investigación de campo adicional, de instrumentos como la formulación cultural del DSM-IV-TR para una entrevista clínica nueva y pragmática, que ha de incluir una exploración de los factores culturales tanto en la anamnesis como en la fase de elaboración del diagnóstico. En este artículo se han descrito los componentes teóricos, conceptuales, logísticos y pragmáticos de tal esfuerzo.

Bibliografía

1. Kendler KS, Zachar P. The incredible insecurity of psychiatric nosology. In: Kendler KS, Parnas J (eds). Philosophical issues in psychiatry. Explanation, phenomenology and nosology. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2008:369-85.
2. Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. Schizophr Bull 2007; 33:108-12.
3. Angst J. Psychiatric diagnosis: the weak component of modern research. World Psychiatry 2007;6:94-5.
4. Alarcón RD, Becker AE, Lewis-Fernandez R et al. Issues for DSM-V: the role of culture in psychiatric diagnosis. J Nerv Ment Dis 2009;197:559-60.
5. Maj M, Gaebel W, Lopez-Ibor JJ et al (eds). Psychiatric diagnosis and classification. Chichester: Wiley, 2002.
6. Kirmayer LJ, Rousseau C, Jarvis GE et al. The cultural context of clinical assessment. In: Tasman A, Kay J, Lieberman JA (eds). Psychiatry, 2nd ed. Chichester: Wiley, 2003:19-29.
7. World Health Organization. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
8. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnosis. Am J Psychiatry 2003;160:4-12.
9. Muncie W. Psychobiology and psychiatry, 2nd ed. St. Louis: Mosby, 1948.
10. Regier DA, Narrow WE, Rae DS et al. Advancing from reliability to validity: the challenge to DSM V/ICD 11 revisions. In: Zorumski CF, Rubin EH (eds). Psychopathology in the genome and neurosciences era. Arlington: American Psychiatric Association, 2005:85-96.
11. Spitzer RL, Williams JBW, Skodol AE (eds). International perspectives on DSM-III. Washington: American Psychiatric Press, 1983.
12. Stengel E. Classification of mental disorders. Bull World Health Organ 1959;21:601-603.
13. Ustun TB, Bertelsen A, Dilling H et al (eds). ICD-10 casebook. The many faces of mental disorders. Adult case histories according to ICD-10. Washington: American Psychiatric Press, 1996.
14. Patel V, Saraceno B, Kleinman A. Beyond evidence: The moral case for international mental health. Am J Psychiatry 2006;163:1312-5.
15. Wallerstein RS, Peltz ML. Psychoanalytic contributions to psychiatric nosology. J Am Psychoanal Assoc 1987;35:693-711.
16. Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA et al. The conceptual development of DSM-V. Am J Psychiatry 2009;166:645-50.
17. Hyman SE. Can neuroscience be integrated into the DSM-V? Nat Rev Neurosci 2007;8:725-32.
18. Kendler KS, Aggen SH, Czajkowski N et al. The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: a multivariate twin study. Arch Gen Psychiatry 2008;65:1438- 46.
19. Lewis JR. Scientology. New York: Oxford University Press, 2009.
20. Philips KA, First MB, Pincus HA (eds). Advancing DSM: dilemmas in psychiatric diagnosis. Washington: American Psychiatric Association, 2003.
21. Kessler RC, Abelson J, Dender O et al. Clinical calibration of DSMIV diagnoses in the World Mental Health version of the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview - Short Form (CIDI-SF). Int J Meth Psychiatr Res 2004;13: 122-39.

22. Nurcombe B, Galagher RN. The clinical process in psychiatry: diagnosis and management planning. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.
23. Regier DA, Narrow WE. Defining clinically significant psychopathology with epidemiological data. In: Hulzer JE, Hudziak JJ (eds). Defining psychopathology in the 21st century: DSM-V and beyond. Washington: American Psychiatric Publishing, 2002:19-30.
24. Group for the Advancement of Psychiatry, Committee on Cultural Psychiatry. Cultural assessment in clinical psychiatry. Washington: American Psychiatric Publishing, 2001.
25. Tseng WS. Handbook of cultural psychiatry. San Diego: Academic Press, 2001.
26. Favazza AR, Oman M. Foundations of cultural psychiatry. In: Mezzich JE, Berganza CE (eds). Cultural psychopathology. New York: Columbia University Press, 1984:15-35.
27. Haviland WA. Cultural anthropology, 6th ed. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1990.
28. Alarcón RD. What cultural psychiatry is not. Psychline 2000;3: 15-6.
29. Alarcón RD, Westermeyer J, Foulks EF et al. Clinical relevance of contemporary cultural psychiatry. J Nerv Ment Dis 1999;187:465- 71.
30. Youngstrom E, Weist MD, Albus KE. Exploring violence exposure, stress, protective factors and behavioral problems among inner-city youth. Am J Comm Psychol 2003;32:115-29.
31. Guze S. Why psychiatry is a branch of medicine. St. Louis: Mosby, 1992.
32. Kirmayer LJ. Cultural evaluations in the response to psychiatric disorders and emotional distress. Soc Sci Med 1989;29:327-39.
33. Alarcón RD. Culture and psychiatric diagnosis: impact on DSM-IV and ICD-10. Psychiatr Clin North Am 1995;18:449-66.
34. Yap PM. Mental diseases peculiar to certain cultures: a survey of comparative psychiatry. J Ment Sci 1951;97:313-27.
35. Lewis-Fernández R, Tun H, Reyes F et al. Los "sindromes dependientes de la cultura"; un dilema nosológico recurrente en la psiquiatría cultural. Monogr Psiquiatría 2000;12:24-9.
36. Rogler LH. Culturally sensitive psychiatric diagnosis: a framework for research. J Nerv Ment Dis 1993;18:401-8.
37. Kleinman A. Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience. New York: Free Press, 1988.
38. Alarcón RD, Bell CC, Kirmayer LJ et al. Beyond the funhouse mirrors. Research agenda on culture and psychiatric diagnosis. In: Kupfer DJ, First MB, Regier DA (eds). A research agenda for DSM-V. Washington: American Psychiatric Association, 2002:219-89.
39. Westermeyer J (ed). Anthropology and mental health: setting a new course. The Hague: Mouton, 1976.
40. Bertolote JM. The roots of the concept of mental health. World Psychiatry 2008;7:113-6.
41. Fábrega H. Culture and history in psychiatric diagnosis and practice. Psychiatr Clin North Am 2001;24:391-406.
42. Lewis-Fernández R, Díaz N. The cultural formulation: a method for assessing cultural factors affecting the clinical encounter. Psychiatr Quart 2002;73:271-95.
43. Krueger RF, Bezdjian S. Enhancing research and treatment of mental disorders with dimensional concepts: towards DSM-V and ICD- 11. World Psychiatry 2009;8:3-6.
44. Gureje O, Simon GE, Ustun TB et al. Somatization in cross-cultural perspective: a WHO study in primary care. Am J Psychiatry 1997;154:989-95.
45. Carrillo E. Assessment and treatment of the Latino patient. In: López AG, Carrillo E (eds). The Latino psychiatric patient. Assessment and treatment. Washington: American Psychiatric Publishing, 2001:37-53.
46. Canino G, Lewis-Fernández R, Bravo M. Methodological challenges in cross-cultural mental health research. Transcult Psychiatry 1997;34:163-84.
47. Lewis-Fernández R, Garrido-Castillo P, Bennasar MC et al. Distress, childhood trauma and ataque de nervios among PuertoRican psychiatric outpatients. Am J Psychiatry 2002;159:1603-5.
48. Phillips MR, Liu H, Zhang Y. Suicide and social change in China. Cult Med Psychiatry 1999;23:25-50.
49. Kupfer DJ, First MB, Regier DA (eds). A research agenda for DSM V. Washington: American Psychiatric Association, 2002.
50. Alarcón RD, Mrazek DA. Farmacogenómica psiquiátrica: actualización y perspectivas. In: Silva H (ed). Genética y farmacogenómica en psiquiatría. Santiago de Chile: SONEPSYN, 2007:59-79.
51. Duckworth K, Blumberg L, Binefeld D et al. Law, ethics and psychiatry. In: Tasman A, Kay J, Lieberman JA (eds). Psychiatry, 2nd ed. Chichester: Wiley, 2003:2289-313.
52. 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.
53. Weiss MG. Cultural epidemiology: an introduction and overview. Anthrop Med 2001;8:5-30.
54. Tsai JL, Chentsova-Dutton Y. Models of cultural orientation: differences between American-born and overseas-born Asians. In: Kurasaki KS, Okazaki S, Sue S (eds). Asian American mental health: assessment theories and methods. New York: Kluwer Academic/ Plenum, 2002:95-105.
55. Denton DD. Naming the pain and guiding the care: the central tasks of diagnosis. Lanham: University Press of America, 2008.
56. Alarcón RD. Bio-cultural connections in psychopathology. Presented at the First World Congress of Cultural Psychiatry, Beijing, September 2007.
57. Brummett BH, Boyle SH, Siegler IC et al. Effects of environmental stress and gender on associations among symptoms of depression and the serotonin transporter gene linked polymorphic region (5HTTLPR). Behav Genet 2008;38:34-43.
58. Alarcón RD, Foulks EF, Vakkur M. Personality disorders and culture. Clinical and conceptual interactions. New York: Wiley, 1998.
59. Lehman AF, Ward LS, Linn LS. Chronic mental patients: the quality of life issue. Am J Psychiatry 1982;139:1271-6.
60. Hughes CC, Wintrob RM. Culture-bound syndromes and the cultural context of clinical psychiatry. In: Oldham JM, Riba MB (eds). Review of psychiatry, Vol. 14. Washington: American Psychiatric Press, 1995:565-97.
61. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. Am J Psychiatry 2002;159:1284-93.
62. Eades JM. Gambling addiction: the problem, the pain and the path to recovery. New York: Gospel Pullin, 2004.
63. Cunnigham-Williams RN, Gattes MN, Dore PM et al. Towards DSM-V: considering other withdrawal-like symptoms of pathological gambling disorder. Int J Meth Psychiatr Res 2009;18:13-22.

ARTÍCULO ESPECIAL

Avances en la investigación sobre la depresión geriátrica

George S. Alexopoulos, Robert E. Kelly, Jr.

Weill Medical College of Cornell University, 21 Bloomingdale Road, White Plains, NY 10605, USA

Los avances técnicos han facilitado la exploración de factores relacionados con la depresión geriátrica y han ayudado a generar métodos de tratamiento biológicos y psicosociales nuevos. En este análisis se resumen los principales avances en epidemiología, cuadro clínico y evolución, genética y otros campos de la investigación biológica. Las intervenciones terapéuticas que se describen en este artículo son: tratamiento electroconvulsivo, estimulación magnética transcraneal repetitiva, tratamiento convulsivo magnético, estimulación del nervio vago, estimulación cerebral profunda, profilaxis de la depresión, enfoques multidisciplinarios para el tratamiento de la depresión y psicoterapia. Las modalidades de psicoterapia para la depresión geriátrica que se resumen son psicoterapia interpersonal, psicoterapia de apoyo, psicoterapia cognitivo-conductual, psicoterapia para la resolución de problemas y psicoterapia enfocada al ecosistema. Las técnicas de neuroimágenes basadas en las imágenes de resonancia magnética que se describen brevemente comprenden estudios cerebrales volumétricos, imágenes de difusión por tensión, anisotropía fraccionada, tractografía de fibras, imágenes por transferencia magnética e imágenes de resonancia magnética funcional dependiente del grado de oxigenación de la sangre. Por último, se aborda la eficacia del tratamiento en una descripción de nuevos modelos para mejorar el acceso y la calidad de la atención que se ofrecen en la población.

Palabras clave: depresión geriátrica, depresión a edad tardía, depresión de instauración tardía, depresión vascular, depresión postictal, enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebrovascular, imágenes de resonancia magnética, tratamiento.

(World Psychiatry 2009;8:140-149)

La depresión es una causa importante de discapacidad en todo el mundo (1). Produce más años de vida con discapacidad (AVD) que cualquier otra enfermedad y ocupa el cuarto lugar en años de vida ajustados con respecto a la discapacidad (AVAD). Además, la depresión conlleva un deterioro de la salud general a consecuencia de múltiples enfermedades que es más importante que el de la angina de pecho, la artritis, el asma y la diabetes. La depresión geriátrica específicamente no sólo es motivo de sufrimiento y se asocia a un riesgo de suicidio, además aumenta la comorbilidad y la discapacidad en los ancianos.

Si bien la depresión puede ser menos frecuente en los ancianos que en los adultos jóvenes, a medida que maduren las generaciones más jóvenes y aumente el tamaño de la población senil, un número sin precedente de personas ancianas deprimidas necesitarán atención psiquiátrica. Pese a que siguen sin conocerse las causas biológicas de la depresión, las observaciones clínicas y biológicas proporcionan el fundamento para estudiar nuevos tratamientos psicosociales y somáticos o aplicar tratamientos disponibles para nuevas indicaciones.

EPIDEMIOLOGÍA

Los estudios de adultos ancianos que residen en la comunidad muestran una menor prevalencia global de la depresión respecto a los adultos de mediana edad (2). Sin embargo, los ancianos enfermos y discapacitados muestran una alta prevalencia de depresión. En concreto, un 10-12% de los pacientes hospitalizados con enfermedades médicas y un 12-14% de los que residen en residencias para ancianos adolecen depresión mayor y un número más elevado experimenta síndromes depresivos menos graves.

Un gran número de ancianos presenta depresión por primera vez en sus vidas, a menudo en el contexto de un aumento de la morbilidad médica o de signos neurológicos. Se ha señalado que la depresión de instauración tardía puede comprender un grupo de pacientes con trastornos neurológicos que no son clínicamente evidentes cuando aparece por primera vez la depresión (3). Si bien algunos estudios no han respaldado este punto de vista, casi todos han demostrado que la depresión de instauración tardía a diferencia de la de aparición precoz conlleva tasas de morbilidad médica y mortalidad más elevadas (4,5), más discapacidad (6) y más anomalías neuropsicológicas (7,8) y neurorradiológicas (9-11).

La enfermedad cerebrovascular suele presentarse dos a tres años antes de una hospitalización por depresión grave (12,13). La depresión es frecuente después de un accidente cerebrovascular (14-19) y afecta a más del 30% de los personas que sobreviven a este trastorno (20). La cardiopatía (21,22) y las enfermedades cerebrovasculares en términos generales son frecuentes en los ancianos con depresión y aumentan hasta 4,5 puntos el riesgo relativo (23,24). La interrelación de las enfermedades vasculares y la depresión posiblemente es bidireccional, ya que la vasculopatía preexistente antecede al inicio de la depresión y la depresión preexistente es precursora de la aparición de enfermedad cardiovascular y accidente cerebrovascular (24).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La depresión geriátrica suele diferir de la depresión a una edad más joven en cuanto a sus características clínicas, sobre todo si su instauración es tardía o se acompaña de signos de disfunción ejecutiva o enfermedad vascular. La depresión en los ancianos suele asociarse a disfunción ejecutiva (25-29), una expresión neuropsicológica de alteraciones del sistema frontal con un cuadro clínico de la depresión que se parece al de los síndromes del lóbulo frontal interno (25). La depresión afecta la función cognitiva en todos los grupos de edad, pero las tareas ejecutivas de inhibición de la respuesta y esfuerzo persistente se alteran más a menudo en la depresión geriátrica (30). La disfunción ejecutiva por lo general cede al mejorar la depresión, pero tiende a persistir después que remite ésta (31-36).

Cuando los ancianos deprimidos presentan una disfunción ejecutiva, tienen más posibilidades de mostrar menos interés por las actividades, un retraso psicomotor más intenso (25) y

una respuesta insatisfactoria e inestable a los antidepresivos (35, 37-39).

El cuadro clínico de la depresión geriátrica de instauración tardía con enfermedades vasculares concomitantes es similar al de la depresión geriátrica con disfunción ejecutiva. En comparación con los ancianos que tienen depresión de instauración precoz y sin factores de riesgo vascular, los que presentan una depresión mayor de instauración tardía y factores de riesgo vascular han mostrado más alteraciones de las funciones frontales, una introspección más deficiente, más retraso psicomotor, menos agitación y culpa y más discapacidad (40, 41). Una comparación de la depresión de origen vascular y no vascular definida mediante resonancia magnética nuclear (RMN) demostró que el grupo con la primera tenía significativamente más edad, mayor edad a la instauración, anhedonia y discapacidad, pero menos psicosis. Pese a algunos hallazgos negativos (42-44), la mayor parte de los datos pasados y recientes indican que la depresión de origen vascular conlleva una respuesta a los antidepresivos más insatisfactoria (10, 38, 43, 45-49).

ESTUDIOS GENÉTICOS

Los antecedentes familiares de depresión son menos frecuentes en los pacientes con depresión de instauración tardía que en los ancianos con depresión recidivante de aparición precoz (50,51); y menos frecuentes en la «depresión vascular» que en la no vascular (52,53). En un estudio reciente a gran escala de pares de gemelos suecos, el antecedente de depresión precoz en un miembro de un par de gemelos se asoció a un riesgo elevado de depresión en el curso de la vida en los otros miembros. En cambio, la depresión tardía se asoció a un elevado riesgo de enfermedad vascular en el gemelo del par (54).

Ha sido una tarea formidable descubrir genes que predispongan a la depresión. Ésta tiene una herencia polígena y por tanto es difícil identificar la contribución de genes individuales. Para superar esta dificultad, las investigaciones se centran cada vez más en los genes relativos a las funciones conductuales y biológicas específicas (endofenotipos) relacionados con la depresión.

Los estudios genéticos del transportador de serotonina son un ejemplo de esta clase de investigación. El transportador de serotonina es el punto de acción de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Un polimorfismo de la región promotora del gen transportador de serotonina (5-HTTLPR) implica la inserción (alelo S) o la deleción (alelo L) de 44 pares de bases. Se ha demostrado que el alelo S reduce la expresión génica y por tanto la recaptación de serotonina.

Además de los estudios que interrelacionan el alelo S y el riesgo de depresión (56-58), otros más han demostrado una interrelación del alelo S y un mayor riesgo de enfermedad vascular.

La elevación de las concentraciones sanguíneas de colesterol y triglicéridos, la cardiopatía y el infarto del miocardio han sido más frecuentes en portadores del alelo S que en homocigotos para el alelo L (59); y después de un infarto de miocardio agudo, los síntomas depresivos y los desenlaces cardíacos desfavorables como la muerte de origen cardíaco fueron más frecuentes en los portadores del alelo S que en los homocigotos para el alelo L (60). En uno de nuestros estudios recientes sobre la depresión a una edad tardía, observamos que en comparación con los homocigotos L, los portadores del alelo S tenían anomalías microestructurales en la sustancia blanca (menos anisotropía fraccionada, lo que se explica más adelante) en regiones cerebrales frontolímbicas así como una tasa de remisión de la depresión más baja (61).

OTRAS OBSERVACIONES BIOLÓGICAS

Los estudios neurorradiológicos e histopatológicos han revelado interrelaciones entre depresión, disfunción ejecutiva y anomalías cerebrales, muy notablemente las que afectan la integridad estructural de los circuitos frontoestriatales, las cuales comprenden las regiones subcorticales. Se ha propuesto la hipótesis de que la disfunción ejecutiva y la depresión están relacionadas con anomalías en la red frontoestriadolímbica (3). Se han descrito cinco de estos circuitos frontoestriatales (62,63). El glutamato, las encefalinas y el ácido gamma-aminobutírico (GABA) son neurotransmisores importantes en estos circuitos y la acetilcolina y la dopamina cumplen una función moduladora. Dado que estos circuitos al parecer median la expectación guiada por el afecto positivo, se ha propuesto que su lesión, que produce deficiencia para esperar incentivos, constituye un mecanismo que desencadena depresión (40).

Los cambios macroscópicos y microscópicos en las regiones cerebrales se han relacionado con trastornos afectivos en estudios histopatológicos y por neuroimágenes. En los estudios post mortem de pacientes deprimidos se ha observado reducción de la glía en la circunvolución del cíngulo anterior prelímbico subgenual (64). Los estudios de depresión bipolar y unipolar han comunicado anomalías neuronales en la corteza prefrontal dorsolateral (65). Los estudios radiológicos han demostrado bajos volúmenes orbitofrontales (66, 67), del cíngulo anterior (68) y del hipocampo (69,70) en ancianos deprimidos en comparación con ancianos sanos de control, aunque han sido diferentes los informes sobre los volúmenes de la amígdala (71). Los estudios en torno a la integridad de la sustancia blanca en el envejecimiento normal han demostrado más tendencia a la disminución de la sustancia blanca prefrontal conforme avanza la edad en comparación con otras regiones del cerebro (72). Las anomalías microestructurales de la sustancia blanca prefrontal se han correlacionado con un desempeño deficiente en tareas de función ejecutiva y se ha propuesto que reflejan un estado de desconexión que puede aumentar el riesgo de depresión geriátrica (73).

La depresión se ha asociado a infartos del cerebro, aun sin que se presenten síntomas neurológicos evidentes. En un estudio holandés, tales infartos «asintomáticos» se presentaron con una frecuencia cinco veces mayor que los infartos cerebrales con signos neurológicos periféricos (74). En un estudio estadounidense extenso, un 28% de los ancianos sin un antecedente previo de ataque isquémico transitorio o accidente cerebrovascular manifestaron signos de infartos previos. Un 81% de éstos presentó sólo lagunas y como grupo mostraron más disfunción cognitiva que los que no tuvieron ningún infarto cerebral (75). En un estudio japonés de 63 pacientes con depresión de instauración tardía, 59 (94%) sufrieron infartos cerebrales asintomáticos (76). Por último, en un estudio de infartos del tálamo y los ganglios basales, se observaron tales lesiones en 14 de 35 pacientes ancianos deprimidos sin antecedente neurológico, pero sólo en 1 de 22 voluntarios ancianos normales (77).

La depresión también se ha asociado a anomalías de la sustancia blanca, como hiperintensidades de la sustancia blanca (HSB; zonas de mayor intensidad en las imágenes de RM potenciadas en T2) o anomalías microestructurales demostradas como una disminución de la anisotropía fraccionada en las

imágenes de difusión por tensión. La HSB ha sido más frecuente en los pacientes ancianos definidos que en los sanos (10, 67, 77-81), sobre todo en las regiones frontales y temporales (82). Un estudio post mortem ha demostrado que las HSB de ancianos deprimidos tienen más posibilidades de ser de origen isquémico que las HSB profundas de ancianos de control (83). Las HSB se asocian a enfermedad cerebrovascular (84), enfermedades cardíacas (85), tabaquismo (86), hipertensión (53,84,86), reducción del flujo sanguíneo cerebral (85), disfunción ejecutiva (73,87,88) y discapacidad (52,89).

Tomando en cuenta estas observaciones, se ha propuesto la hipótesis de la «depresión vascular», la cual postula que la enfermedad cerebrovascular predispone, desencadena y perpetúa un síndrome de depresión a una edad tardía (3). La enfermedad vascular podría desencadenar depresión al lesionar o, menos directamente, inflamar circuitos cerebrales específicos. Las citocinas proinflamatorias como las interleucinas 1 y 6 (IL1 e IL6) y el factor de necrosis de los tejidos α (TNF-α) son liberados después de la lesión del endotelio vascular (90). En un estudio post mortem se observó que la elevación de las concentraciones de la molécula de adhesión intercelular-1 (ICAM-1), un indicador de la inflamación provocada por la isquemia, en la corteza prefrontal dorsolateral de personas deprimidas era equivalente a la de individuos de control (91). La frecuencia de la depresión después del tratamiento con la citocina inflamatoria interferón-α (IFN-α) fluctúa de un 30 a un 50% (92); y la depresión se ha asociado a incrementos de quimiocinas, moléculas de adhesión celular, proteínas de fase aguda y citocinas proinflamatorias (93,94). Dado que las citocinas proinflamatorias se han relacionado con ateroesclerosis y enfermedad cardiovascular (90), parece posible que la inflamación predisponga tanto a la depresión como a la enfermedad vascular en forma simultánea, de manera que la inflamación podría intervenir en un círculo vicioso de depresión que lleva a inflamación, lo cual desencadena enfermedad vascular que produce más inflamación y un riesgo más elevado de depresión.

Además de la inflamación, otros factores pueden establecer un círculo vicioso que perpetúe la depresión y agrave la enfermedad vascular. Éstos son: estilo de vida sedentario, consumo excesivo de alimentos, diabetes, tabaquismo, falta de cumplimiento de las recomendaciones médicas, hipertensión, hiperhomocisteinemia, activación del sistema nervioso, activación del eje hipotálamo-hipofisario-corticosuprarrenal y otras respuestas fisiológicas al estrés, alteraciones del ritmo cardíaco e hipercoagulabilidad (90,94,95). La relación entre la depresión y la hipercoagulabilidad, a su vez, puede ser mediada por inactividad física, tabaquismo o hiperactividad de las plaquetas (96). Por tanto, aun en casos en los que la enfermedad vascular predispone a la depresión, una vez que sobreviene esta última, puede presentarse un círculo vicioso que agrave tanto la enfermedad vascular como la depresión.

La hipótesis de la «depresión vascular» ha servido de marco de referencia conceptual para la subclasificación adicional de la depresión geriátrica. Un grupo de investigadores ha descrito también un subtipo de «depresión vascular», la depresión isquémica subcortical (DIS) y la definió como una depresión mayor con signos de lesiones subcorticales en la resonancia magnética. A diferencia de la mayor parte de los trastornos psiquiátricos, que se describen en términos puramente fenomenológicos, la depresión isquémica subcortical implica una anomalía biológica cuantificable. La relación de la depresión a una edad tardía y la disfunción ejecutiva llevó a otro grupo de investigadores a describir el síndrome de disfunción ejecutiva por depresión (DED). Aunque muchos pacientes con DED también cumplen los criterios para la DIS u otros «síndromes de depresión vascular», la DED se enfoca en una anomalía funcional más que anatómica y va más allá del concepto de la depresión vascular.

AVANCES EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN GERIÁTICA

Los avances en la investigación sobre la depresión geriátrica comprenden modalidades de tratamiento novedosas o mejoradas, personalización del tratamiento de acuerdo con el tipo de depresión o las características del individuo y estrategias para mejorar el acceso a la asistencia y la prestación de la misma. Se remite al lector a otras publicaciones sobre las directrices para el tratamiento de la depresión geriátrica (30,40,97). Aquí nos centraremos en los nuevos adelantos y tendencias.

Estudios biológicos de la respuesta al tratamiento

La investigación sobre el cerebro se facilita por las diversas técnicas de neuroimágenes basadas en la RM (98,99). Muchas de ellas pueden llevarse a cabo en forma conjunta en una sola sesión. Las imágenes de RM potenciadas en T1 permiten comparar los tamaños de estructuras del cerebro en estudios volumétricos del mismo, además de los estudios característicos de las lesiones. Las HSB del cerebro pueden analizarse en las imágenes potenciadas en T2, en tanto que nuevos métodos permiten examinar la integridad del tracto de la sustancia blanca.

Las imágenes de difusión por tensión (IDT) indican la dirección de la difusión del agua. La tractografía de fibra utiliza información de las IDT para cartografiar los fascículos de sustancia blanca putativos. La anisotropía fraccionada (AF) es una medición de la tendencia del agua a moverse en una sola dirección en las IDT. Una AF baja puede ser un signo de afectación de la integridad de la sustancia blanca. Otro método que refleja la integridad de esta última, pero desde una perspectiva diferente, es la imagen por transferencia magnética (ITM), la cual indica la cantidad de agua unida a las macromoléculas como la mielina.

Las imágenes de resonancia magnética funcional dependientes del grado de oxigenación de la sangre (IRMf DGOS) implican obtener una serie de imágenes cerebrales en un determinado período, por lo general a intervalos de dos segundos, de manera que se puedan valorar los cambios cronológicos del flujo sanguíneo como un reflejo de la actividad en el cerebro. Si el sujeto en el escáner realiza alguna tarea, por lo general la meta del experimento es identificar las regiones cerebrales que son activadas en respuesta al paradigma experimental.

Algunas técnicas permiten el análisis de los datos de las IRMf aun sin ningún paradigma experimental conocido, como en el caso de los experimentos efectuados durante el estado de reposo, en los que las personas no llevan a cabo ninguna tarea excepto «descansar» sin dormir. Los métodos a base de partículas magnéticas «sembradas» permiten cartografiar regiones del cerebro cuyo periodo de actividad se correlaciona bastante con un punto o región seleccionados en el cerebro. El análisis de componentes independientes (ACI) consiste en realizar una descomposición lineal de los datos de las IRMf, procesando los datos como si fuesen la suma de múltiples componentes que son mapas espaciales de regiones del cerebro en perfecta

sincronía entre sí. El ACI básicamente analiza los datos de la IRMf como si fuesen una sinfonía de diferentes melodías de diversas gamas de regiones del cerebro y acto seguido capta las melodías que se están ejecutando. En los experimentos en los que se realiza alguna tarea, el ACI ha producido resultados equivalentes a los derivados de un conocimiento a *priori* de la evolución temporal experimental (100-102).

Algunas observaciones en las que se han empleado estas técnicas han previsto una respuesta insatisfactoria al tratamiento de la depresión a una edad tardía. Por ejemplo, las HSB en regiones frontales se asociaron a una respuesta insatisfactoria a la farmacoterapia (46) y la gravedad de las hiperintensidades de la sustancia gris subcortical pronosticó una respuesta insatisfactoria al tratamiento electroconvulsivo (TEC) (45). La anisotropía fraccionada inferior, principalmente en zonas frontolímbicas, pronosticó una respuesta deficiente a los fármacos antidepresivos en la depresión geriátrica (103-105).

En los estudios de IRMf en adultos, la activación relativa más baja de la porción rostral de la corteza del cíngulo anterior (CCA) al inicio en la respuesta a estímulos negativos frente a neutrales conllevó una respuesta deficiente a la venlafaxina (106), en tanto que la disminución de la activación (en respuesta a caras tristes) de la porción rostral de la ACC en el curso del tratamiento con fluoxetina pronosticó mejoría de los síntomas de depresión (107).

Tratamientos nuevos o mejorados

Tratamiento electroconvulsivo

El tratamiento electroconvulsivo (TEC) sigue siendo la modalidad terapéutica más eficaz para la depresión. Las tasas de respuesta y de remisión en la depresión geriátrica no tratada alcanzan cifras de hasta un 90% y un 70%, respectivamente, y para la depresión resistente al tratamiento farmacológico de un 70% y un 50% (108). En algunos estudios sobre el TEC se han comunicado tasas más elevadas de respuesta y remisión para la depresión a una edad tardía que para la depresión a una edad joven (109,110), pero esto puede deberse a una tendencia a tratar pacientes ancianos deprimidos con TEC antes de agotar todas las demás opciones de tratamiento frecuentes.

Gran parte de la investigación sobre el TEC se ha centrado en minimizar los efectos secundarios cognitivos, como la desorientación subsiguiente al tratamiento, la amnesia anterógrada y la amnesia retrógrada. La mayor parte de los efectos cognitivos son transitorios y las calificaciones en las pruebas cognitivas por lo general mejoran después del TEC (debido a mejoría de la depresión) (111). Sin embargo, en algunos individuos no se resuelve la amnesia para los sucesos ocurridos en los días, semanas, meses y, en algunos casos, años previos al TEC y puede ser un efecto secundario molesto.

La variación de los parámetros del TEC como la frecuencia de tratamiento, la colocación de los electrodos, la energía del estímulo y la onda del estímulo por lo general produce un intercambio entre la eficacia y los efectos secundarios cognitivos, pero existen algunas excepciones importantes a esta regla. En muchos estudios, la respuesta más intensa y más rápida a costa de más efectos secundarios cognitivos se obtuvo optando por una frecuencia de tratamiento más elevada, la colocación de los electrodos bilateral (BL, bifrontotemporal) en vez de unilateral derecha (ULD) y una energía del estímulo más intensa (111).

Algunos de los mejores resultados de las investigaciones recientes se han obtenido con el TEC ULD en dosis elevadas. El TEC ULD en dosis altas y de pulsiones breves produjo efectos secundarios cognitivos más leves y a la vez una eficacia equivalente al TEC BL y una mayor eficacia que con las dosis más bajas de TEC ULD (112,113). Más recientemente, el efecto de la amplitud de pulsión ultrabreve (0,3 ms) en combinación con el TEC ULD en dosis elevadas (seis veces el umbral convulsivo) o TEC BL (2,5 veces el umbral convulsivo) fue equivalente a la amplitud de pulsión breve tradicional (1,5 ms). La máxima tasa de remisión se presentó en pacientes que recibieron TEC ULD de pulsión ultrabreve (73%) y la tasa de remisión más baja en los que recibieron TEC BL de pulsión ultrabreve (35%), en tanto que el TEC BL de amplitud de pulsión tradicional (65%) y el TEC ULD (59%) se acompañaron de tasas de remisión intermedias.

El grupo que recibió TEC ULD ultrabreve también presentó menos efectos secundarios cognitivos graves que los otros tres grupos (114). Por último, recientemente se observó que la eficacia del TEC ULD de pulsión ultrabreve y en dosis altas (seis veces el umbral convulsivo) era equivalente a la TEC bifrontal de pulsión ultrabreve (1,5 veces el umbral epiléptico), pero la respuesta para el TEC ULD exigió tratamientos significativamente más bajos (7,76 frente a 10,08) (115).

Estimulación magnética transcraneal repetitiva

En octubre de 2008, la US Food and Drug Administration (FDA) aprobó la estimulación magnética transcraneal repetitiva (EMTr) para tratar la depresión resistente a una prueba de tratamiento con fármaco antidepresivo previo (116). La EMT activa el flujo de electricidad en la superficie del cerebro a través de pulsiones de campo magnético que son potentes y rápidamente cambiantes. El calificativo «repetitivo» indica que se administra más de una pulsión. Dado que la fuerza del campo magnético con las espirales estándar desciende drásticamente con la distancia de la espiral, el efecto es mucho más circunscrito que con el TEC.

A diferencia del TEC, el objetivo con la EMTr radica en estimular sin producir una convulsión, lo que elimina los riesgos de tratamiento implícitos de convulsiones y anestesia general. Los estudios neuropsicológicos y por imágenes han demostrado que, dependiendo de las pulsiones de EMTr aplicadas, la EMTr tiene la capacidad de aumentar (pulsiones de alta frecuencia, > 1 Hz) o disminuir (≤ 1 Hz) el grado de actividad de los circuitos cerebrales en la superficie del cerebro, la cual se normaliza al cabo de algunas horas (117). Para el tratamiento de la depresión, suele aplicarse la EMTr de gran frecuencia en la corteza prefrontal dorsolateral (izquierda) para tratar de normalizar el bajo grado de actividad que a menudo se observa en esta región en los pacientes deprimidos (118).

Las pruebas obtenidas en un estudio reciente aleatorizado, de doble enmascaramiento, controlado con placebo ($n = 92$) indican que la EMTr es útil para tratar la depresión vascular (119). El placebo fue una espiral simulada cuyo propósito fue simular las sensaciones cutáneas y el ruido de la EMTr sin penetrar en el cerebro. Las tasas de respuesta y remisión en los pacientes de edad mayor (edad ≥ 50, media de edad 64) con depresión vascular clínicamente definida (accidente cerebrovascular subcortical o la presentación de por lo menos tres factores de riesgo cardiovasculares o ambas situaciones) resistente al tratamiento farmacológico fueron significativamente más

elevadas para los pacientes tratados con una dosis acumulada total de 18.000 pulsiones de EMTr (respuesta del 39%, remisión del 27%) que con una espiral simulada (respuesta de un 7%, remisión de un 4%).

Tratamiento convulsivo magnético

El tratamiento convulsivo magnético (TCM) es la aplicación de la EMTr de gran intensidad para desencadenar una convulsión. La principal diferencia entre el TCM y el TEC es que el primero imparte una energía eléctrica en una zona limitada de la superficie del cerebro, en tanto que el segundo causa el flujo de electricidad por todo el cerebro según lo determina la ley de Ohm. Esta diferencia podría resultar provechosa en cuanto a eficacia de tratamiento o efectos secundarios.

Desde el primer tratamiento realizado en Berna (Suiza) en mayo de 2000 (120,121), se ha explorado la seguridad, la eficacia y los efectos secundarios del TCM en estudios a pequeña escala. Los primeros estudios sobre el TCM demostraron un efecto antidepresivo importante, pero este efecto fue menos intenso que el del TEC (122), lo cual tal vez se debió a las limitaciones de la energía máxima impartida por el dispositivo de TCM (en promedio 1,3 veces el umbral convulsivo) (123). Las pruebas humanas con un dispositivo más potente comenzaron en 2006. Con este dispositivo, el tiempo en que se recuperó la orientación en 11 pacientes deprimidos fue significativamente menor (7 minutos después del tratamiento) que para el TEC (22 minutos) en los mismos pacientes (123).

Estimulación del nervio vago

La estimulación del nervio vago (ENV) suele implicar la estimulación del nervio vago izquierdo al nivel cervical con un dispositivo similar a un marcapaso que se implanta en el lado izquierdo de la pared torácica. En los estudios realizados en animales y en seres humanos, la ENV aumenta en el líquido cefalorraquídeo las concentraciones de neurotransmisores que son importantes en la depresión y modifica la actividad funcional de las regiones cerebrales como la corteza orbitofrontal, el cíngulo, el tálamo, el hipotálamo, la ínsula y el hipocampo (124).

La ENV se utilizó por primera vez para tratar la epilepsia resistente a fármacos. Los estudios demostraron que el estado de ánimo en la ENV también mejoraba en forma independiente de la respuesta al tratamiento de la epilepsia (125,126), obligando a estudios adicionales de la ENV para la depresión resistente al tratamiento. En un estudio aleatorizado y comparativo de 10 semanas de duración en pacientes deprimidos resistentes al tratamiento farmacológico, el criterio principal de valoración no fue significativamente diferente entre la ENV (15%) y el tratamiento simulado (10%) (124). Además, no resultó claro en qué medida dio resultado el procedimiento de enmascaramiento, ya que la ENV aun a intensidades bajas hace que algunos sujetos experimenten sensaciones físicas. Sin embargo, en la fase abierta de 12 meses de continuación del estudio, en la que los sujetos también recibieron el tratamiento habitual (TH, lo que incluyó fármacos y/o TEC), la respuesta al tratamiento fue significativamente mayor para la ENV más el TH (27%) que para el TH solo (13%) (127%). La ENV para la depresión resistente al tratamiento fue autorizada en la Unión Europea en 2001 y por la FDA en 2005 (128).

Estimulación cerebral profunda

La estimulación cerebral profunda (ECP) implica estimular eléctricamente el cerebro mediante finos electrodos implantados en una zona profunda. Los electrodos suelen adherirse a un dispositivo parecido a un marcapaso subtérmico que aplica una andanada continua de pulsiones repetidas, muy breves de voltaje pequeño.

La ECP se utilizó por primera vez en 1997 para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson (129). La estimulación crónica de porciones de los ganglios basales con ECP produjo mejoras en la función motriz de los pacientes de un modo similar a las previamente logradas con la ablación, lo cual llevó a los investigadores a conjeturar que la ECP produce una «lesión» reversible a través de la inactivación eléctrica transitoria (130). Dado que una disminución de la corteza cingulada anterior subgenual (CCAs, también denominada circunvolución cingulada subcallosa), a menudo se asocia a una respuesta al tratamiento de la depresión, la CCAs se convirtió en el objetivo de la primera aplicación comunicada (en 2005) de la ECP para la depresión resistente al tratamiento (131). En cuatro de seis pacientes se comunicó una «remisión notable y sostenida» y varios pacientes comunicaron una remisión casi inmediata de la «sensación de vacío dolorosa» y del «vacío» cuando se activaba la estimulación. Desde entonces, en 20 pacientes deprimidos tratados con ECP de la CCAs, las tasas de respuesta (60%) y de remisión (35%) han sido excelentes para la depresión resistente al tratamiento (incluido el TEC) (132). Los efectos secundarios postoperatorios consistieron en cefalea (cuatro casos), infección en la herida de craneotomía (cuatro casos) y convulsión (un caso), pero ningún paciente experimentó déficits permanentes.

Los motivos de los resultados de una eficacia satisfactoria no están claros. Algunas observaciones mecanicistas recientes indican que, si bien la ECP inhibe la actividad en los cuerpos neuronales cercanos (< 2 mm) al electrodo estimulante, la ECP estimula axones y produce la activación de núcleos eferentes (133). Asimismo, en un estudio más reciente de tres personas con formas muy resistentes de depresión (una fue una mujer de 63 años de edad), la ECP en el núcleo accumbens produjo reducciones importantes de las calificaciones de los síntomas depresivos al cabo de un mes (134). Puesto que el aumento de la actividad del núcleo accumbens se ha asociado a expectativas y experiencias de recompensas, parece improbable que las mejoras en la depresión se debiesen a la inhibición de este núcleo. Los resultados también fueron alentadores para otro estudio (n = 15) que implicó ECP en la cápsula ventral y el cuerpo estriado ventral (CV/CEV), con una respuesta del 53% y una remisión del 40% de los casos de depresión resistentes al tratamiento. La motivación para aplicar la ECP en CV/CEV fue la observación de un mejor estado de ánimo en los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo grave que recibieron este tratamiento (135).

Psicoterapia

Se ha comunicado que las formas de psicoterapia eficaces en los ancianos deprimidos con función cognitiva intacta son la psicoterapia interpersonal (PTIP) (136), la psicoterapia de solución de problemas (PTSP) (137), la psicoterapia de apoyo (138) y la psicoterapia cognitiva conductual (PTCC) (139, 140).

El enfoque de la PTIP en las transiciones de pérdida, luto y roles la hacen muy adecuada para los ancianos deprimidos, en quienes estos problemas son frecuentes. El enfoque de planificación estructurada y de solución de problemas de la PTSP deberían estimular la actividad en la corteza prefrontal dorsola-

teral, un objetivo de algunos tratamientos biológicos. La PTSP al parecer es eficaz y adecuada para los pacientes con depresión y disfunción ejecutiva (141).

En tiempos recientes ha comenzado el desarrollo de enfoques conductuales, basándose en el concepto de que la depresión introduce nuevos problemas y al mismo tiempo reduce la capacidad de los pacientes para resolverlos. En consecuencia, los ancianos deprimidos experimentan su entorno como difícil de gestionar y estresante, lo que sirve como un factor detonante que perpetúa sus síntomas. Por este motivo, se han ideado nuevos tratamientos dirigidos a mejorar la adaptación del paciente y reducir la experiencia de la adversidad. La mejora de las habilidades de resolución de problemas de las personas deprimidas es parte de varios de estos tratamientos. Sin embargo, los enfermos deprimidos con alteraciones cognitivas importantes o discapacidades físicas pueden no tener la capacidad de mejorar sus habilidades de adaptación con las técnicas de solución de problemas. Por este motivo, hemos desarrollado un «tratamiento enfocado al ecosistema» (TEE), un tratamiento dirigido al «ecosistema» (paciente + ambiente + familiar/cuidador) del cual el paciente forma parte (142). El TEE imparte al paciente las destrezas que maximizan sus funciones remanentes, modifica el ambiente físico del paciente, e involucra a familiares y cuidadores a ayudarlo a restablecer sus habilidades. El TEE utiliza como su modelo la psicoterapia de solución de problemas junto con herramientas e instrucciones que pueden utilizar los pacientes y los cuidadores para hacer que el entorno favorezca la adaptación. La capacitación de los enfermos para *que asimilen* nuevas destrezas y la modificación de los entornos de los pacientes, incluidos los cuidadores, para adaptarse a los estados de los primeros, ofrece a estos últimos una buena posibilidad de adaptación, aumentan su sentido de dominio y pueden reducir la depresión.

Profilaxis de la depresión

La profilaxis de la depresión se valora en los casos en los que el riesgo de depresión es excepcionalmente elevado, por ejemplo, durante las primeras etapas después de la remisión del tratamiento antidepresivo o en los pacientes que han tenido múltiples episodios graves de depresión (40).

La tasa elevada de depresión después de accidente cerebrovascular ha hecho que algunos investigadores exploren diversas formas de profilaxis de la depresión después del accidente cerebrovascular. El tratamiento profiláctico con escitalopram, o la psicoterapia de solución de problemas después del accidente cerebrovascular produjo tasas significativamente más bajas de depresión que el placebo (143). En un estudio finlandés a gran escala se compararon las tasas de depresión subsiguientes al accidente cerebrovascular en distritos en los que se implementaba la asistencia habitual (principalmente fisioterapia y logoterapia) con las tasas observadas en los distritos que añadían un programa de rehabilitación activa. El grupo con rehabilitación activa tuvo tasas significativamente más bajas de depresión (41% frente a 54% a los tres meses después del accidente cerebrovascular y del 42% frente al 55% después de un año) (144).

Métodos multidisciplinarios en el tratamiento de la depresión

Las enfermedades médicas aumentan el riesgo de depresión (95) y ésta incrementa el riesgo de enfermedades médicas. La relación frecuentemente bidireccional entre los padecimientos somáticos y la depresión obliga a atender los problemas tanto somáticos como los psiquiátricos, a fin de romper los círculos potencialmente viciosos de las enfermedades psiquiátricas que predisponen a las somáticas y viceversa. Los médicos que no son psiquiatras deben incorporar el diagnóstico y el tratamiento de la depresión en su ejercicio sistemático, en tanto que los psiquiatras necesitan abordar en un mayor grado los problemas somáticos. La mayor colaboración entre los médicos probablemente mejore la atención sanitaria en todos los niveles.

Por ejemplo, en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con depresión, tanto los métodos de tratamiento somáticos como los psiquiátricos parecen tener una repercusión en los dos trastornos. Los síntomas depresivos mejoraron después de un tratamiento de rehabilitación intrahospitalario y multidisciplinario de la EPOC (145). En un estudio de pacientes con EPOC deprimidos, los síntomas físicos, la función y el estado de ánimo mejoraron después del tratamiento con fármacos antidepresivos (146).

Los enfermos con dolor crónico y depresión también tienen posibilidades de beneficiarse de un enfoque multidisciplinario. El dolor moderado a intenso se asocia a tasas más elevadas de depresión y a un pronóstico más desfavorable de la depresión; y la depresión en los pacientes con dolor conlleva más manifestaciones de dolor y alteraciones. Se estima que un 65% de los individuos deprimidos tienen dolor y un 52% de los pacientes de las clínicas de dolor o atendidos en los programas intrahospitalarios para el tratamiento del dolor están deprimidos (147). La valoración deficiente del dolor constituye un obstáculo importante para tratar adecuadamente el mismo (148); el preguntar a los pacientes deprimidos sobre los síntomas del dolor y el tratamiento del mismo facilita bastante la asistencia apropiada. Los fármacos antidepresivos que aumentan la noradrenalina en las sinapsis, como los antidepresivos tricíclicos, la venlafaxina y la duloxetina por lo general ayudan a disminuir directamente la experiencia del dolor, además de sus efectos antidepresivos (149).

Por último, la relación bidireccional observada entre la depresión y la enfermedad vascular significa que los médicos que atienden enfermedades somáticas deben valorar la depresión por los mismos motivos que valoran sistemáticamente la hipertensión y la hipercolesterolemia. Asimismo, los psiquiatras han de tener presente la salud cardiovascular en los reconocimientos de sus pacientes. Tal valoración en psiquiatría es muy importante pues muchos psicofármacos influyen en la salud cardiovascular. Por ejemplo, al disminuir la actividad de las plaquetas, los inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina pueden reducir el riesgo de infartos de miocardio (150) y también incrementan los riesgos de hemorragia en quienes toman ácido acetilsalicílico.

Los psicofármacos que aumentan el peso, las concentraciones de colesterol o el riesgo de diabetes también incrementan el riesgo de ateroesclerosis y enfermedades cardiovasculares, de manera que muchos psiquiatras sistemáticamente vigilan el peso y la presión arterial; y algunos prescriben fármacos como la metformina en forma profiláctica cuando el riesgo de obesidad y diabetes está implícito en el tratamiento con psicofármacos (151).

La preocupación de los pacientes en torno al aumento de peso puede interferir en el tratamiento de manera que suele ser útil escoger fármacos que produzcan el mínimo aumento de peso posible. Los fármacos bupropión (antidepresivo) (152) y

lamotrigina (estabilizador afectivo) (153) por lo general no se asocian a un aumento de peso. Entre los fármacos antipsicóticos, el peso tiende a no aumentar mucho con el aripiprazol y la ziprasidona (154).

Acceso al tratamiento y su aplicación

La máxima limitación en el tratamiento de los problemas de depresión geriátrica tiene que ver con el acceso al tratamiento y su aplicación más que con su eficacia. En el ámbito de la atención primaria, donde se trata a la mayoría de los pacientes deprimidos, a menudo se pasa por alto el diagnóstico de depresión. Además, el diagnóstico correcto de este trastorno suele no acompañarse de tratamiento y éste a menudo es inadecuado. En un estudio, se observó que el tratamiento antidepresivo fue apropiado sólo en el 11% de los pacientes muy deprimidos que recibieron tratamiento de atención primaria (155).

Los estudios como PROSPECT (156,157) e IMPACT (158,159) han demostrado que la asistencia en colaboración ofrecida en un ámbito de asistencia primaria tiene resultados superiores que la atención habitual. Sin embargo, los reembolsos inadecuados por terceras partes restringen la asistencia en colaboración a grandes organizaciones, por ejemplo, organizaciones para el mantenimiento de la salud, que atienden a una minoría de la población estadounidense. Para superar esta barrera, propusimos un modelo de asistencia gestionada de la depresión (C-DCM) que se basa en la colaboración de médicos de atención primaria con trabajadores sociales capacitados empleados por las clínicas psiquiátricas basadas en la población, públicas y no lucrativas (142).

Aunque ampliamente disponibles en los Estados Unidos, las clínicas psiquiátricas pocas veces están relacionadas con los consultorios de atención primaria y no son utilizadas en forma suficiente por los ancianos deprimidos. Para emplear este recurso, proponemos un modelo de asistencia en colaboración, ideado para satisfacer cuatro condiciones. La primera es que debe cumplir las necesidades clínicas de los ancianos deprimidos. La segunda es que ha de incluir cambios organizativos que hagan posible que consultorios de atención primaria y clínicas de salud mental trabajen de forma conjunta y eficaz. La tercera condición es que la atención colaboradora ha de modificarse de tal forma que la puedan utilizar trabajadores sociales capacitados y que puedan poner en práctica sus habilidades especiales. La cuarta es que debe incluir procedimientos de reembolso por los códigos de seguro existentes de manera que no supongan ningún costo a los médicos de atención primaria o a las clínicas psiquiátricas.

CONCLUSIONES

Aunque siguen desconociéndose las causas de la depresión, los avances recientes han facilitado la exploración de factores relacionados con la depresión y sus múltiples manifestaciones. El contrastar las diversas formas de depresión geriátrica con la depresión a una edad joven ha permitido esclarecer los mecanismos que podrían aumentar el riesgo de depresión. Esta investigación ha proporcionado observaciones que han dado lugar a nuevas hipótesis sobre las causas de la depresión, lo cual, a su vez, ha generado nuevos avances terapéuticos en los enfoques biológicos y psicosociales del tratamiento de la depresión geriátrica. Por último, las investigaciones sobre el acceso al tratamiento y su aplicación han brindado nuevos modelos para mejorar la eficacia del tratamiento de la depresión geriátrica en la población.

Reconocimientos

Este trabajo fue respaldado por subvenciones del NIMH RO1 MH079414, RO1 MH075897, P30 MH085943, T32 MH19132 y las Fundaciones Sánchez y TRU.

Bibliografía

1. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. Lancet 2007;370:851-8.
2. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. J Gerontol A Biol Med Sci 2003;58:249-65.
3. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC et al. 'Vascular depression' hypothesis. Arch Gen Psychiatry 1997;54:915-22.
4. Jacoby RJ, Levy R, Bird JM. Computed tomography and the outcome of affective disorder: a follow-up study of elderly patients. Br J Psychiatry 1981;139:288-92.
5. Roth M, Kay DW. Affective disorders arising in the senium. II. Physical disability as an aetiological factor. J Ment Sci 1956;102: 141-50.
6. Alexopoulos GS, Vrontou C, Kakuma T et al. Disability in geriatric depression. Am J Psychiatry 1996;153:877-85.
7. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC et al. The course of geriatric depression with "reversible dementia": a controlled study. Am J Psychiatry 1993;150:1693-9.
8. Alexopoulos GS, Young RC, Meyers BS. Geriatric depression: age of onset and dementia. Biol Psychiatry 1993;34:141-5.
9. Alexopoulos GS, Young RC, Shindledecker RD. Brain computed tomography findings in geriatric depression and primary degenerative dementia. Biol Psychiatry 1992;31:591-9.
10. Coffey CE, Figiel GS, Djang WT et al. Leukoencephalopathy in elderly depressed patients referred for ECT. Biol Psychiatry 1988; 24:143-61.
11. Jacoby RJ, Levy R. Computed tomography in the elderly. 3. Affective disorder. Br J Psychiatry 1980;136:270-5.
12. Post F. The significance of affective disorders in old age. London: Institute of Psychiatry, 1962.
13. Post F, Schulman K. New views on old age affective disorder. In: Aire T (ed). Recent advances in psychogeriatrics. New York: Churchill Livingstone, 1985:119-40.
14. Starkstein SE, Robinson RG. Depression in cerebrovascular disease. In: Starkstein SE, Robinson RG (eds). Depression in neurological disease. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1993:28-49.
15. Folstein MF, Maiberger R, McHugh PR. Mood disorder as a specific complication of stroke. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1977; 40:1018-20.
16. Ebrahim S, Barer D, Nouri F. Affective illness after stroke. Br J Psychiatry 1987;151:52-6.
17. Mendez MF, Adams NL, Lewandowski KS. Neurobehavioral changes associated with caudate lesions. Neurology 1989;39:349-54.
18. Robinson RG. Neuropsychiatric consequences of stroke. Ann Rev Med 1997;48:217-29.
19. Robinson RG. Poststroke depression: prevalence, diagnosis, treatment, and disease progression. Biol Psychiatry 2003;54:376-87.
20. Hackett ML, Yapa C, Parag V et al. Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. Stroke 2005;36: 1330-40.
21. Peterson JC, Charlson ME, Williams-Russo P et al. New postoperative depressive symptoms and long-term cardiac outcomes after coronary artery bypass surgery. Am J Geriatr Psychiatry 2002;10: 192-8.
22. Rudisch B, Nemeroff CB. Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression. Biol Psychiatry 2003;54:227-40.

23. Whyte EM, Mulsant BH, Vanderbilt J et al. Depression after stroke: a prospective epidemiological study. J Am Geriatr Soc 2004;52: 774-8.
24. Thomas AJ, Kalaria RN, O'Brien JT. Depression and vascular disease: what is the relationship? J Affect Disord 2004;79:81-95.
25. Alexopoulos GS, Kiosses DN, Klimstra S et al. Clinical presentation of the "depression-executive dysfunction syndrome" of late life. Am J Geriatr Psychiatry 2002;10:98-106.
26. Lockwood KA, Alexopoulos GS, van Gorp WG. Executive dysfunction in geriatric depression. Am J Psychiatry 2002;159:1119-26.
27. Elderkin-Thompson V, Kumar A, Bilker WB et al. Neuropsychological deficits among patients with late-onset minor and major depression. Arch Clin Neuropsychol 2003;18:529-49.
28. Sobin C, Sackeim HA. Psychomotor symptoms of depression. Am J Psychiatry 1997;154:4-17.
29. Sheline YI, Barch DM, Garcia K et al. Cognitive function in late life depression: relationships to depression severity, cerebrovascular risk factors and processing speed. Biol Psychiatry 2006;60:58-65.
30. Alexopoulos GS. Geriatric mood disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2005:3677- 87.
31. Nebes RD, Pollock BG, Houck PR et al. Persistence of cognitive impairment in geriatric patients following antidepressant treatment: a randomized, double-blind clinical trial with nortriptyline and paroxetine. J Psychiatr Res 2003;37:99-108.
32. Murphy CF, Alexopoulos GS. Longitudinal association of initiation/ perseveration and severity of geriatric depression. Am J Geriatr Psychiatry 2004;12:50-6.
33. Butters MA, Becker JT, Nebes RD et al. Changes in cognitive functioning following treatment of late-life depression. Am J Psychiatry 2000;157:1949-54.
34. Bhalla RK, Butters MA, Mulsant BH et al. Persistence of neuropsychologic deficits in the remitted state of late-life depression. Am J Geriatr Psychiatry 2006;14:419-27.
35. Alexopoulos GS, Kiosses DN, Murphy C et al. Executive dysfunction, heart disease burden, and remission of geriatric depression. Neuropsychopharmacology 2004;29:2278-84.
36. Aizenstein HJ, Butters MA, Figurski JL et al. Prefrontal and striatal activation during sequence learning in geriatric depression. Biol Psychiatry 2005;58:290-6.
37. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC et al. Executive dysfunction and long-term outcomes of geriatric depression. Arch Gen Psychiatry 2000;57:285-90.
38. Kalayam B, Alexopoulos GS. Prefrontal dysfunction and treatment response in geriatric depression. Arch Gen Psychiatry 1999;56: 713-8.
39. Alexopoulos GS, Kiosses DN, Heo M et al. Executive dysfunction and the course of geriatric depression. Biol Psychiatry 2005;58: 204-10.
40. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. Lancet 2005;365: 1961-70.
41. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC et al. Clinically defined vascular depression. Am J Psychiatry 1997;154:562-5.
42. Salloway S, Correia S, Boyle P et al. MRI subcortical hyperintensities in old and very old depressed outpatients: the important role of age in late-life depression. J Neurol Sci 2002;203-204:227-33.
43. Sneed JR, Roose SP, Keilp JG et al. Response inhibition predicts poor antidepressant treatment response in very old depressed patients. Am J Geriatr Psychiatry 2007;15:553-63.
44. Janssen J, Pol HE, Schnack HG et al. Cerebral volume measurements and subcortical white matter lesions and short-term treatment response in late life depression. Int J Geriatr Psychiatry 2007; 22:468-74.
45. Steffens DC, Conway CR, Dombeck CB et al. Severity of subcortical gray matter hyperintensity predicts ECT response in geriatric depression. J ECT 2001;17:45-9.
46. Simpson SW, Jackson A, Baldwin RC et al. Subcortical hyperintensities in late-life depression: acute response to treatment and neuropsychological impairment. Int Psychogeriatr 1997;9:257-75.
47. Simpson S, Baldwin RC, Jackson A et al. Is subcortical disease associated with a poor response to antidepressants? Neurological, neuropsychological and neuroradiological findings in late-life depression. Psychol Med 1998;28:1015-26.
48. Smith GS, Gunning-Dixon FM, Lotrich FE et al. Translational research in late-life mood disorders: implications for future intervention and prevention research. Neuropsychopharmacology 2007;32: 1857-75.
49. Almeida OP, Waterreus A, Hankey GJ. Preventing depression after stroke: results from a randomized placebo-controlled trial. J Clin Psychiatry 2006;67:1104-9.
50. Baron M, Mendlewicz J, Klotz J. Age-of-onset and genetic transmission in affective disorders. Acta Psychiatr Scand 1981;64:373-80.
51. Brodaty H, Luscombe G, Parker G et al. Early and late onset depression in old age: different aetiologies, same phenomenology. J Affect Disord 2001;66:225-36.
52. Krishnan KR, Hays JC, Blazer DG. MRI-defined vascular depression. Am J Psychiatry 1997;154:497-501.
53. Krishnan KR, Taylor WD, McQuoid DR et al. Clinical characteristics of magnetic resonance imaging-defined subcortical ischemic depression. Biol Psychiatry 2004;55:390-7.
54. Kendler KS, Fiske A, Gardner CO et al. Delineation of two genetic pathways to major depression. Biol Psychiatry (in press).
55. Lesch KP, Bengel D, Heils A et al. Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. Science 1996;274:1527-31.
56. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. Science 2003;301:386-9.
57. Hoefgen B, Schulze TG, Ohlraun S et al. The power of sample size and homogenous sampling: association between the 5-HTTLPR serotonin transporter polymorphism and major depressive disorder. Biol Psychiatry 2005;57:247-51.
58. Lotrich FE, Pollock BG. Meta-analysis of serotonin transporter polymorphisms and affective disorders. Psychiatr Genet 2004;14: 121-9.
59. Comings DE, MacMurray JP, Gonzalez N et al. Association of the serotonin transporter gene with serum cholesterol levels and heart disease. Mol Genet Metab 1999;67:248-53.
60. Nakatani D, Sato H, Sakata Y et al. Influence of serotonin transporter gene polymorphism on depressive symptoms and new cardiac events after acute myocardial infarction. Am Heart J 2005;150: 652-8.
61. Alexopoulos GS, Gunning-Dixon FM, Murphy CF et al. Serotonin transporter polymorphisms, microstructural white matter abnormalities and remission of geriatric depression. J Affect Disord (in press).
62. Rogers MA, Bradshaw JL, Pantelis C et al. Frontostriatal deficits in unipolar major depression. Brain Res Bull 1998;47:297-310.
63. Alexander GE, DeLong MR, Strick PL. Parallel organization of functionally segregated circuits linking basal ganglia and cortex. Annu Rev Neurosci 1986;9:357-81.
64. Rajkowska G, Miguel-Hidalgo JJ, Wei J et al. Morphometric evidence for neuronal and glial prefrontal cell pathology in major depression. Biol Psychiatry 1999;45:1085-98.
65. Ongur D, Drevets WC, Price JL. Glial reduction in the subgenual prefrontal cortex in mood disorders. Proc Natl Acad Sci USA 1998; 95:13290-5.
66. Ballmaier M, Toga AW, Blanton RE et al. Anterior cingulate, gyrus rectus, and orbitofrontal abnormalities in elderly depressed patients: an MRI-based parcellation of the prefrontal cortex. Am J Psychiatry 2004;161:99-108.
67. Coffey CE, Wilkinson WE, Weiner RD et al. Quantitative cerebral anatomy in depression. A controlled magnetic resonance imaging study. Arch Gen Psychiatry 1993;50:7-16.
68. Drevets WC, Price JL, Simpson JR, Jr. et al. Subgenual prefrontal cortex abnormalities in mood disorders. Nature 1997;386:824-7.

69. Sheline YI. 3D MRI studies of neuroanatomic changes in unipolar major depression: the role of stress and medical comorbidity. Biol Psychiatry 2000;48:791-800.
70. MacQueen GM, Campbell S, McEwen BS et al. Course of illness, hippocampal function, and hippocampal volume in major depression. Proc Natl Acad Sci USA 2003;100:1387-92.
71. Drevets WC. Neuroimaging abnormalities in the amygdala in mood disorders. Ann NY Acad Sci 2003;985:420-44.
72. Gunning-Dixon FM, Brickman AM, Cheng JC et al. Aging of cerebral white matter: a review of MRI findings. Int J Geriatr Psychiatry 2009;24:109-17.
73. Murphy CF, Gunning-Dixon FM, Hoptman MJ et al. White-matter integrity predicts stroop performance in patients with geriatric depression. Biol Psychiatry 2007;61:1007-10.
74. Vermeer SE, Koudstaal PJ, Oudkerk M et al. Prevalence and risk factors of silent brain infarcts in the population-based Rotterdam Scan Study. Stroke 2002;33:21-5.
75. Longstreth WT, Jr., Bernick C, Manolio TA et al. Lacunar infarcts defined by magnetic resonance imaging of 3660 elderly people: the Cardiovascular Health Study. Arch Neurol 1998;55:1217-25.
76. Fujikawa T, Yamawaki S, Touhouda Y. Incidence of silent cerebral infarction in patients with major depression. Stroke 1993;24: 1631-4.
77. Coffey CE, Figiel GS, Djang WT et al. Subcortical hyperintensity on magnetic resonance imaging: a comparison of normal and depressed elderly subjects. Am J Psychiatry 1990;147:187-9.
78. Tupler LA, Krishnan KR, McDonald WM et al. Anatomic location and laterality of MRI signal hyperintensities in late-life depression. J Psychosom Res 2002;53:665-76.
79. Steffens DC, Krishnan KR, Crump C et al. Cerebrovascular disease and evolution of depressive symptoms in the cardiovascular health study. Stroke 2002;33:1636-44.
80. Krishnan KR, Goli V, Ellinwood EH et al. Leukoencephalopathy in patients diagnosed as major depressive. Biol Psychiatry 1988;23: 519-22.
81. Coffey CE, Figiel GS, Djang WT et al. White matter hyperintensity on magnetic resonance imaging: clinical and neuroanatomic correlates in the depressed elderly. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1989;1:135-44.
82. O'Brien JT, Firbank MJ, Krishnan MS et al. White matter hyperintensities rather than lacunar infarcts are associated with depressive symptoms in older people: the LADIS study. Am J Geriatr Psychiatry 2006;14:834-41.
83. Thomas AJ, O'Brien JT, Davis S et al. Ischemic basis for deep white matter hyperintensities in major depression: a neuropathological study. Arch Gen Psychiatry 2002;59:785-92.
84. Breteler MM, van Swieten JC, Bots ML et al. Cerebral white matter lesions, vascular risk factors, and cognitive function in a population- based study: the Rotterdam Study. Neurology 1994;44: 1246-52.
85. Fazekas F, Niederkorn K, Schmidt R et al. White matter signal abnormalities in normal individuals: correlation with carotid ultrasonography, cerebral blood flow measurements, and cerebrovascular risk factors. Stroke 1988;19:1285-8.
86. Liao D, Cooper L, Cai J et al. The prevalence and severity of white matter lesions, their relationship with age, ethnicity, gender, and cardiovascular disease risk factors: the ARIC Study. Neuroepidemiology 1997;16:149-62.
87. van Swieten JC, Geyskes GG, Derix MM et al. Hypertension in the elderly is associated with white matter lesions and cognitive decline. Ann Neurol 1991;30:825-30.
88. Ylikoski R, Ylikoski A, Erkinjuntti T et al. White matter changes in healthy elderly persons correlate with attention and speed of mental processing. Arch Neurol 1993;50:818-24.
89. Steffens DC, Bosworth HB, Provenzale JM et al. Subcortical white matter lesions and functional impairment in geriatric depression. Depress Anxiety 2002;15:23-8.
90. Joynt KE, Whellan DJ, O'Connor CM. Depression and cardiovascular disease: mechanisms of interaction. Biol Psychiatry 2003;54: 248-61.
91. Thomas AJ, Ferrier IN, Kalaria RN et al. Elevation in late-life depression of intercellular adhesion molecule-1 expression in the dorsolateral prefrontal cortex. Am J Psychiatry 2000;157:1682-4.
92. Lotrich FE, Ferrell RE, Rabinovitz M et al. Risk for depression during interferon-alpha treatment is affected by the serotonin transporter polymorphism. Biol Psychiatry 2009;65:344-8.
93. Raison CL, Capuron L, Miller AH. Cytokines sing the blues: inflammation and the pathogenesis of depression. Trends Immunol 2006;27:24-31.
94. Teper E, O'Brien JT. Vascular factors and depression. Int J Geriatr Psychiatry 2008;23:993-1000.
95. Katon WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. Biol Psychiatry 2003;54:216-26.
96. Whyte EM, Pollock BG, Wagner WR et al. Influence of serotonin-transporter- linked promoter region polymorphism on platelet activation in geriatric depression. Am J Psychiatry 2001;158:2074-6.
97. Ellison JM, Kyomen HH, Verma S (eds). Mood disorders in later life, 2nd ed. New York: Informa Healthcare, 2009.
98. Hoptman MJ, Gunning-Dixon FM, Murphy CF et al. Structural neuroimaging research methods in geriatric depression. Am J Geriatr Psychiatry 2006;14:812-22.
99. Huettel SA, Song AW, McCarthy G. Functional magnetic resonance imaging. Sunderland: Sinauer, 2004.
100. Beckmann CF, Smith SM. Probabilistic independent component analysis for functional magnetic resonance imaging. IEEE Trans Med Imaging 2004;23:137-52.
101. Calhoun VD, Adali T, McGinty VB et al. fMRI activation in a visual- perception task: network of areas detected using the general linear model and independent components analysis. Neuroimage 2001;14:1080-8.
102. McKeown MJ, Makeig S, Brown GG et al. Analysis of fMRI data by blind separation into independent spatial components. Hum Brain Mapp 1998;6:160-88.
103. Alexopoulos GS, Gunning-Dixon FM, Latoussakis V et al. Anterior cingulate dysfunction in geriatric depression. Int J Geriatr Psychiatry 2008;23:347-55.
104. Alexopoulos GS, Murphy CF, Gunning-Dixon FM et al. Microstructural white matter abnormalities and remission of geriatric depression. Am J Psychiatry 2008;165:238-44.
105. Alexopoulos GS, Kiosses DN, Choi SJ et al. Frontal white matter microstructure and treatment response of late-life depression: a preliminary study. Am J Psychiatry 2002;159:1929-32.
106. Davidson RJ, Irwin W, Anderle MJ et al. The neural substrates of affective processing in depressed patients treated with venlafaxine. Am J Psychiatry 2003;160:64-75.
107. Fu CH, Williams SC, Cleare AJ et al. Attenuation of the neural response to sad faces in major depression by antidepressant treatment: a prospective, event-related functional magnetic resonance imaging study. Arch Gen Psychiatry 2004;61:877-89.
108. Gormley N. ECT should be treatment option in all cases of refractory depression. BMJ 1998;316:233.
109. O'Connor MK, Knapp R, Husain M et al. The influence of age on the response of major depression to electroconvulsive therapy: a C.O.R.E. Report. Am J Geriatr Psychiatry 2001;9:382-90.
110. Tew JD, Jr., Mulsant BH, Haskett RF et al. Acute efficacy of ECT in the treatment of major depression in the old-old. Am J Psychiatry 1999;156:1865-70.
111. American Psychiatric Association Task Force. The practice of electroconvulsive therapy: recommendations for treatment, training, and privileging, 2nd ed. Washington: American Psychiatric Association, 2001.
112. Sackeim HA, Prudic J, Devanand DP et al. A prospective, randomized, double-blind comparison of bilateral and right unilateral electroconvulsive therapy at different stimulus intensities. Arch Gen Psychiatry 2000;57:425-34.
113. McCall WV, Reboussin DM, Weiner RD et al. Titrated moderately suprathreshold vs. fixed high-dose right unilateral electroconvulsive therapy: acute antidepressant and cognitive effects. Arch Gen Psychiatry 2000;57:438-44.

114. Sackeim HA, Prudic J, Nobler MS et al. Effects of pulse width and electrode placement on the efficacy and cognitive effects of electroconvulsive therapy. Brain Stimulation 2008;1:71-83.
115. Sienaert P, Vansteelandt K, Demyttenaere K et al. Randomized comparison of ultra-brief bifrontal and unilateral electroconvulsive therapy for major depression: clinical efficacy. J Affect Disord 2009;116:106-12.
116. Repetitive transcranial magnetic stimulation (TMS) for medication- resistant depression. Med Lett Drugs Ther 2009;51:11-2.
117. George MS, Lisanby SH, Sackeim HA. Transcranial magnetic stimulation: applications in neuropsychiatry. Arch Gen Psychiatry 1999;56:300-11.
118. Mayberg HS. Modulating dysfunctional limbic-cortical circuits in depression: towards development of brain-based algorithms for diagnosis and optimised treatment. Br Med Bull 2003;65:193-207.
119. Jorge RE, Moser DJ, Acion L et al. Treatment of vascular depression using repetitive transcranial magnetic stimulation. Arch Gen Psychiatry 2008;65:268-76.
120. Kosel M, Frick C, Lisanby SH et al. Magnetic seizure therapy improves mood in refractory major depression. Neuropsychopharmacology 2003;28:2045-8.
121. Lisanby SH, Schlaepfer TE, Fisch HU et al. Magnetic seizure therapy of major depression. Arch Gen Psychiatry 2001;58:303-5.
122. White PF, Amos Q, Zhang Y et al. Anesthetic considerations for magnetic seizure therapy: a novel therapy for severe depression. Anesth Analg 2006;103:76-80.
123. Kirov G, Ebmeier KP, Scott AI et al. Quick recovery of orientation after magnetic seizure therapy for major depressive disorder. Br J Psychiatry 2008;193:152-5.
124. Rush AJ, Marangell LB, Sackeim HA et al. Vagus nerve stimulation for treatment-resistant depression: a randomized, controlled acute phase trial. Biol Psychiatry 2005;58:347-54.
125. Harden CL, Pulver MC, Ravdin LD et al. A pilot study of mood in epilepsy patients treated with vagus nerve stimulation. Epilepsy Behav 2000;1:93-9.
126. Elger G, Hoppe C, Falkai P et al. Vagus nerve stimulation is associated with mood improvements in epilepsy patients. Epilepsy Res 2000;42:203-10.
127. George MS, Rush AJ, Marangell LB et al. A one-year comparison of vagus nerve stimulation with treatment as usual for treatmentresistant depression. Biol Psychiatry 2005;58:364-73.
128. Husain MM, Trevino K, Whitworth LA et al. The role of vagus nerve stimulation as a therapy for treatment-resistant depression. Depression: Mind and Body 2006;2:114-9.
129. Benabid AL. Deep brain stimulation for Parkinson's disease. Curr Opin Neurobiol 2003;13:696-706.
130. Lozano AM, Dostrovsky J, Chen R et al. Deep brain stimulation for Parkinson's disease: disrupting the disruption. Lancet Neurol 2002;1:225-31.
131. Mayberg HS, Lozano AM, Voon V et al. Deep brain stimulation for treatment-resistant depression. Neuron 2005;45:651-60.
132. Lozano AM, Mayberg HS, Giacobbe P et al. Subcallosal cingulate gyrus deep brain stimulation for treatment-resistant depression. Biol Psychiatry 2008;64:461-7.
133. McIntyre CC, Savasta M, Kerkerian-Le Goff L et al. Uncovering the mechanism(s) of action of deep brain stimulation: activation, inhibition, or both. Clin Neurophysiol 2004;115:1239-48.
134. Schlaepfer TE, Cohen MX, Frick C et al. Deep brain stimulation to reward circuitry alleviates anhedonia in refractory major depression. Neuropsychopharmacology 2008;33:368-77.
135. Goodman WK, Insel TR. Deep brain stimulation in psychiatry: concentrating on the road ahead. Biol Psychiatry 2009;65:263-6.
136. van Schaik DJ, van Marwijk HW, Beekman AT et al. Interpersonal psychotherapy (IPT) for late-life depression in general practice: uptake and satisfaction by patients, therapists and physicians. BMC Fam Pract 2007;8:52.
137. Gellis ZD, McGinty J, Horowitz A et al. Problem-solving therapy for late-life depression in home care: a randomized field trial. Am J Geriatr Psychiatry 2007;15:968-78.
138. Alexopoulos GS, Katz IR, Reynolds CF, 3rd et al. Pharmacotherapy of depression in older patients: a summary of the expert consensus guidelines. J Psychiatr Pract 2001;7:361-76.
139. Thompson LW. Cognitive-behavioral therapy and treatment for late-life depression. J Clin Psychiatry 1996;57(Suppl. 5):29-37.
140. Cuijpers P, van Straten A, Smit F. Psychological treatment of latelife depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Geriatr Psychiatry 2006;21:1139-49.
141. Alexopoulos GS, Raue PJ, Kanellopoulos D et al. Problem solving therapy for the depression-executive dysfunction syndrome of late life. Int J Geriatr Psychiatry 2008;23:782-8.
142. Alexopoulos GS, Bruce ML. A model for intervention research in late-life depression Int J Geriatr Psychiatry (in press).
143. Robinson RG, Jorge RE, Moser DJ et al. Escitalopram and problem- solving therapy for prevention of poststroke depression: a randomized controlled trial. JAMA 2008;299:2391-400.
144. Kotila M, Numminen H, Waltimo O et al. Depression after stroke: results of the FINNSTROKE Study. Stroke 1998;29:368-72.
145. Alexopoulos GS, Sirey JA, Raue PJ et al. Outcomes of depressed patients undergoing inpatient pulmonary rehabilitation. Am J Geriatr Psychiatry 2006;14:466-75.
146. Borson S, McDonald GJ, Gayle T et al. Improvement in mood, physical symptoms, and function with nortriptyline for depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Psychosomatics 1992;33:190-201.
147. Bair MJ, Robinson RL, Katon W et al. Depression and pain comorbidity: a literature review. Arch Intern Med 2003;163:2433-45.
148. American Pain Society. Pain: current understanding of assessment, management, and treatments. www.ampainsoc.org/ce/downloads/npc/npc.pdf.
149. Raskin J, Wiltse CG, Siegal A et al. Efficacy of duloxetine on cognition, depression, and pain in elderly patients with major depressive disorder: an 8-week, double-blind, placebo-controlled trial. Am J Psychiatry 2007;164:900-9.
150. Steffens DC, Chung H, Krishnan KR et al. Antidepressant treatment and worsening white matter on serial cranial magnetic resonance imaging in the elderly: the Cardiovascular Health Study. Stroke 2008;39:857-62.
151. Wu RR, Zhao JP, Guo XF et al. Metformin addition attenuates olanzapine-induced weight gain in drug-naive first-episode schizophrenia patients: a double-blind, placebo-controlled study. Am J Psychiatry 2008;165:352-8.
152. Demyttenaere K, Jaspers L. Bupropion and SSRI-induced side effects. J Psychopharmacol 2008;22:792-804.
153. Bowden CL, Calabrese JR, Ketter TA et al. Impact of lamotrigine and lithium on weight in obese and nonobese patients with bipolar I disorder. Am J Psychiatry 2006;163:1199-201.
154. Baptista T, ElFakih Y, Uzcategui E et al. Pharmacological management of atypical antipsychotic-induced weight gain. CNS Drugs 2008;22:477-95.
155. Alexopoulos GS. Interventions for depressed elderly primary care patients. Int J Geriatr Psychiatry 2001;16:553-9.
156. Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF, 3rd et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. JAMA 2004;291: 1081-91.
157. Alexopoulos GS, Katz IR, Bruce ML et al. Remission in depressed geriatric primary care patients: a report from the PROSPECT study. Am J Psychiatry 2005;162:718-24.
158. Unutzer J, Katon W, Williams JW, Jr. et al. Improving primary care for depression in late life: the design of a multicenter randomized trial. Med Care 2001;39:785-99.
159. Unutzer J, Katon W, Callahan CM et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. JAMA 2002;288:2836-45.

Principales elementos de un servicio integral para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria

Katherine A. Halmi

Eating Disorders Program, Weill Cornell Medical College, 21 Bloomingdale Road, White Plains, NY 10605, USA

Los trastornos de la conducta alimentaria son problemáticos y difíciles de tratar dada la necesidad de un equipo de tratamiento multidisciplinario para lograr resultados eficaces y la elevada tasa de mortalidad que conlleva la anorexia nerviosa. Para un análisis y una valoración inicial que sean adecuados se necesita una valoración psiquiátrica, la investigación de los antecedentes personales patológicos y la exploración física, una anamnesis social y una entrevista con miembros de la familia u otros informantes adicionales. Un equipo integral para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria comprende un psiquiatra que coordine el tratamiento así como médicos especialistas apropiados, nutricionistas y psicoterapeutas. Un servicio adecuado de consultas externas para pacientes con trastornos de la conducta alimentaria debe proporcionar psicoterapia individual con técnicas cognitivas conductuales específicas para la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, psicoterapia familiar, tratamiento farmacológico y los recursos para obtener los análisis de laboratorio adecuados. En las personas con trastornos de la conducta alimentaria que necesitan cuidados hospitalarios es mejor aplicar el tratamiento en una unidad de asistencia hospitalaria especializada en los trastornos de la conducta alimentaria. Un enfoque cognitivo conductual es muy útil en el ámbito de una unidad de asistencia general. El tratamiento farmacológico y la rehabilitación nutricional constituyen los objetivos principales de la asistencia hospitalaria. Diversas modalidades de psicoterapia de grupo suelen abordar los problemas de psicopatología de los trastornos de la conducta alimentaria más frecuentes y los grupos de psicoterapia dialéctico-conductual tienen utilidad en el tratamiento de los trastornos emocionales. Los programas que se aplican en las residencias de ancianos, de hospitalización parcial y de tratamiento diurno son útiles para transferir a los pacientes de un programa hospitalario a otros tipos de asistencia o para los que necesitan alguna vigilancia. En estos programas se recomienda por lo menos una comida estructurada y asesoría nutricional, psicoterapia de grupo o sesiones de psicoterapia individual. Las modalidades de psicoterapia de grupo suelen abordar aspectos como la preparación en habilidades sociales, la ansiedad social, la distorsión de la imagen corporal o los temores a la madurez. Lamentablemente son escasos los estudios aleatorizados y comparativos con fundamentos científico-estadísticos que recomienden los elementos principales de un servicio integral para los trastornos de la conducta alimentaria. Los médicos experimentados en estos padecimientos han llegado a la conclusión de que un enfoque multidisciplinario constituye el tratamiento más eficaz.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, tratamiento integral, asistencia ambulatoria, asistencia hospitalaria.

(World Psychiatry 2009;8:150-155).

En el último decenio, los trastornos de la conducta alimentaria han recibido una clara y espectacular atención en los medios de comunicación. Sin embargo, ha sido difícil confirmar la verdadera incidencia y prevalencia de estos trastornos por diversos motivos.

Casi todos los estudios sobre incidencia y la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria se han realizado en poblaciones limitadas y en diversos países. Muchas personas con trastornos de la conducta alimentaria se muestran renuentes a aceptar su trastorno y por tanto es probable que un gran número de individuos con estos problemas no sean diagnosticados ni tratados. Los trastornos de la conducta alimentaria pueden ser transitorios o recidivantes, de manera que el señalar las tasas de prevalencia puede no reflejar fielmente la magnitud de la patología de los trastornos de la conducta alimentaria en la población. Un gran número personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria no cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa y por tanto son clasificados en una categoría menos bien definida de trastornos de la conducta alimentaria no especificados. La definición minuciosa de este aspecto en los estudios epidemiológicos constituye un problema.

El estudio de pacientes atendidos en consultorios de atención primaria en Inglaterra demostró que la prevalencia de la anorexia nerviosa era 20,2 casos por 100.000 habitantes (0,02% de la población total). La prevalencia en los pacientes del género femenino de 15 a 29 años de edad era de 115,4 casos por 100.000 habitantes (0,1%) (1). Otro estudio más reciente efectuado en Estados Unidos demostró que la prevalencia de la anorexia nerviosa a lo largo de la vida era de un 0,6% (2). En una muestra de la población en la cual se utilizó una entrevista estructurada, la tasa de prevalencia de la bulimia nerviosa fue del 1% (3).

Los trastornos de la conducta alimentaria tienen una tasa de mortalidad estandarizada de 23,14 (4), es decir, la tasa de mortalidad más alta de cualquier trastorno psiquiátrico. La mortalidad puede deberse a suicidios, complicaciones médicas de la desnutrición o trastornos médicos concomitantes que se presentan como complicación.

La anorexia nerviosa es uno de los trastornos psiquiátricos más difíciles de tratar. Son pocos los estudios comparativos sobre el tratamiento de este trastorno a causa de diversos motivos: a) el trastorno es relativamente infrecuente, por lo que es difícil obtener una muestra de tamaño adecuado en cualquier centro; b) los pacientes con anorexia nerviosa muestran una fuerte resistencia al tratamiento, y c) las complicaciones médicas suelen obligar a retirar a los pacientes de los protocolos de tratamiento.

El rechazo al cumplimiento del tratamiento que suele observarse en las personas con anorexia nerviosa puede deberse al hecho de que este trastorno cumple con una función positiva importante en la vida del paciente al brindarle un escape de problemas de aversión al desarrollo o de acontecimientos vitales angustiantes. El trastorno adquiere un carácter muy reforzador y la perspectiva de renunciar al patrón de conducta anoréxica es aterradora para el individuo. Otra posibilidad es la índole egosintónica del trastorno, lo que se demuestra por la negación y renuencia del paciente a aceptar la gravedad de las consecuencias médicas del trastorno. Por consiguiente, existen dificultades para incorporar un

número suficiente de pacientes en los estudios sobre tratamiento, para lograr el cumplimiento de los tratamientos y para retener a los pacientes hasta que concluyan los mismos. En un estudio reciente de 122 casos aleatorizados, la tasa de deserción global de las personas con anorexia nerviosa fue del 46% (5).

Puede ser necesario el ingreso obligatorio para tratar una urgencia que comprometa el pronóstico vital o un deterioro importante de la salud cuando el paciente no está dispuesto a cooperar con el tratamiento. A veces se necesita la alimentación por sonda nasogástrica para la alimentación artificial. Los estudios de seguimiento han demostrado que la hospitalización obligatoria y la alimentación artificial no tienen una influencia negativa sobre el pronóstico (6).

La formación profesional óptima para el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria se realiza en un programa debidamente establecido para atender los trastornos de la conducta alimentaria en el que se brinde asistencia ambulatoria diurna y se cuente con unidades para el tratamiento hospitalario que dispongan de un equipo multidisciplinario de profesionales integrado por psiquiatras, médicos de atención primaria, nutricionistas, psicólogos y psicoterapeutas familiares que pueden ser psicólogos o trabajadores sociales con capacitación específica. En este artículo se resumen los elementos de un centro de tratamiento y capacitación ideal para la atención a los trastornos de la conducta alimentaria.

CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

El reconocimiento inicial y la valoración de un paciente con un trastorno de la alimentación suele llevarse a cabo en el ámbito de una clínica de consultas externas. En la valoración hay que tomar en cuenta diversas características singulares. En primer lugar, los pacientes con un trastorno de la alimentación a menudo se muestran renuentes a proporcionar toda la información sobre sus antecedentes. Por tanto, es conveniente que participen miembros de la familia u otros informantes adicionales y esto resulta necesario en el caso de adolescentes y pacientes más jóvenes. En segundo lugar, la valoración debe ser exhaustiva y comprender una valoración psiquiátrica, los antecedentes personales patológicos y la exploración física, así como una anamnesis social. En tercer lugar, la valoración suele exigir varias horas.

Tabla 1. Información obtenida en la entrevista para el diagnóstico de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa

Antecedentes de peso corporal
Peso máximo que ha alcanzado el paciente y la edad en ese periodo
Peso mínimo (después del adelgazamiento) que ha alcanzado el paciente y la edad en ese periodo
Peso actual
Conducta alimentaria
Modificaciones del patrón de comida con la familia (p. ej., comer solo)
Conducta de dieta: ¿qué come el paciente y cuándo?
¿Episodio de atracón? Describirlo
Conducta de purga
Vómito autoprovocado
Abuso de laxantes
Abuso de diuréticos
Enemas
Preocupaciones y costumbres en torno a los alimentos y el peso corporal
Frecuencia con la que se pesa la paciente
Mirarse en el espejo, comentarios con respecto a ser obesa
Colección de recetas, más interés en la cocina y en la hornada
Recuento constante de calorías y preocupación por el contenido de lípidos de los alimentos
Temor a no poder dejar de comer
Costumbres de alimentación peculiares
Actividad
Marcha: distancia y durante cuánto tiempo
Ciclismo: distancia y duración
Ejercicios: qué tipo y duración
Actividad general excesiva en casa (anda de un lado a otro, nunca se sienta)
Antecedentes menstruales
Edad de menarquia
Fecha de la última menstruación
Regularidad de los ciclos

Tabla 2. Información obtenida en la entrevista sobre trastornos concomitantes y diagnósticos psiquiátricos frecuentes

Depresión
Trastorno del sueño
Irritabilidad y dificultad para concentrarse
Accesos de llanto
Pensamientos suicidas
Conducta impulsiva
Toxicomanía
Alcoholismo
Tentativas de suicidio
Automutilación y heridas en el cuerpo
Síntomas de ansiedad
Conductas obsesivo-compulsivas
Fobia social
Ansiedad generalizada y temor
Ataques de pánico
Trastornos de la personalidad
Patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, autoimagen, afecto
Patrón de inhibición social, sentimientos de inadecuación, hipersensibilidad a valoración negativa
Patrón de conducta dependiente y de sumisión con dificultad para separarse de los padres
Preocupación por el orden, perfeccionismo y control

En la tabla 1 se resume la información que se obtiene en una entrevista y que es necesaria para diagnosticar un trastorno de la conducta alimentaria según el DSM-IV (7). La mayoría de los pacientes con un trastorno de la alimentación tienen a menudo otras conductas anómalas y diagnósticos psiquiátricos concomitantes: en la tabla 2 se enumeran las que deben investigarse. En las tablas 3 y 4 se enumeran las anomalías frecuentes que se identifican en la exploración física y en los análisis de laboratorio.

Tabla 3. Anomalías en la exploración física de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria

Síntomas físicos	*Causa*
Piel seca y con grietas	Deshidratación, pérdida de tejido subcutáneo
Lanugo	Inanición
Callos en el dorso de la mano	Vómito autoprovocado con fricción de la mano contra los dientes
Dermatitis peribucal	Vómitos
Crecimiento de las glándulas parótidas (cara de ardilla)	Vómitos
Erosión del esmalte de los dientes y caries	Vómitos
Periodontitis	Vómitos
Bradicardia	Inanición
Hipotensión	Inanición e hipovolemia
Arritmias	Hipopotasemia por purgas

Tabla 4. Anomalías de los análisis de laboratorio en los trastornos de la conducta alimentaria

Datos de laboratorio	*Causa*
Hematimetría	
Leucopenia con linfocitosis relativa	Inanición
Anemia	Inanición
Suero y plasma	
Hipopotasemia	Purga y abuso de diuréticos
Alcalosis metabólica hipoclorémica	Purga
Hiperamilasemia	Purga
Hipercolesterolemia	Inanición
Hipercarotinemia	Ingestión de alimentos ricos en caroteno
Electrocardiograma	
Cambios en el intervalo Q-T y la onda T	Hipopotasemia y miocardiopatía por ipecacuana
Absorciometría de fotón	
Hipodensidad ósea	Inanición

Valoración de la familia

Se deben investigar los indicios de los trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos psiquiátricos, alcoholismo, toxicomanías y obesidad en los familiares en primer grado y en los miembros de la familia extendida que se relacionan con el paciente. Hay que hacer preguntas sobre los antecedentes familiares de malos tratos físicos o abuso sexual, estilos de comunicación intrafamiliar y patrones estructurales de la familia.

Es importante identificar los factores estresantes en la familia que pueden agravar el trastorno de la alimentación al igual que determinar la actitud de los familiares hacia el paciente; por ejemplo, muestran resentimiento y críticas, agotamiento, o bien son dedicados y proporcionan estímulo. Esta información es útil para que el médico determine el grado de participación de la familia en el plan de tratamiento.

Un equipo de tratamiento multidimensional

Un equipo de tratamiento integral del trastorno de la conducta alimentaria significa un grupo de especialistas colaboradores. Se recomienda que el psiquiatra asuma la función de coordinación o dirección dentro del equipo del programa. Es necesaria la interconsulta a otros médicos especialistas y dentistas para tratar las complicaciones médicas y dentales agudas y crónicas.

La exploración física inicial completa suele realizarla un médico de atención primaria. Un especialista en nutrición es útil para la asesoría en la rehabilitación nutricional y para proporcionar consejos con respecto a la ingesta nutricional adecuada y apropiada. El psiquiatra o un psicólogo pueden aplicar la psicoterapia individual o familiar; un trabajador social con formación específica puede implementar la psicoterapia familiar (8).

CLÍNICA DE CONSULTAS EXTERNAS PARA LA ASISTENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Una clínica de consultas externas para la asistencia de los trastornos de la conducta alimentaria debe contar con un equipo de tratamiento integral formado por psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, médicos de atención primaria y trabajadores sociales. Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria aceptados para tratamiento ambulatorio deben hallarse en un estado de salud estable. Esto significa que su peso corporal debe estar por encima del 75% del peso, estatura y estructura ósea que son normales para su edad, con electrolitos séricos normales, electrocardiograma normal y sin ningún indicio de ideas suicidas o de conductas incapacitantes que produzcan una disfunción de las responsabilidades laborales, escolares o familiares.

Puesto que los trastornos de la conducta alimentaria exigen tratar diversos problemas psicológicos y generales, para lo cual se necesita psicoterapia, tratamiento farmacológico y tratamiento médico en general, es recomendable que un psiquiatra esté a cargo del plan de tratamiento de cada paciente con un trastorno de la conducta alimentaria.

Las clínicas para la asistencia de los trastornos de la conducta alimentaria deben tener los recursos para brindar psicoterapia individual, lo que comprende psicoterapia cognitiva conductual específicamente ideada para los trastornos de la conducta alimentaria, psicoterapia interpersonal y psicoterapia dialéctico-conductual. Puede necesitarse la farmacoterapia para tratar la depresión, los trastornos por ansiedad y la agitación extrema. Se debe disponer de psicoterapia familiar para todos los adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. La asesoría nutricional y la concienciación son un componente útil de todos los planes de tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

Es necesaria una valoración exhaustiva para organizar un plan terapéutico en cada paciente con un trastorno de la alimentación. Siempre habrá pacientes en quienes los tratamientos fundamentados en los datos científico-estadísticos no serán eficaces y se necesitarán otros métodos innovadores. Si se cuenta con un equipo de tratamiento formado por psicoterapeutas experimentados, psicofarmacólogos, nutricionistas y médicos, son más elevadas las posibilidades de formular un tratamiento creativo y eficaz.

Anorexia nerviosa

Los estudios fundamentados en datos científicos son muy escasos en relación

con este trastorno debido a la falta de disposición de los pacientes a participar en los estudios y la elevada tasa de deserción. En el caso de la psicoterapia individual ambulatoria en adultos con anorexia nerviosa, las directrices del NICE (9) recomiendan una psicoterapia cognitiva conductual. Este tipo de tratamiento fue descrito detalladamente por Pike y cols. (10), lo mismo que por Kleifield y cols. (11).

Los estudios sobre la anorexia nerviosa fundamentados en datos científicos más rigurosos son los relacionados con la psicoterapia familiar en adolescentes. Eisler y cols. (12), así como Lock y cols. (13), han demostrado que una psicoterapia familiar de tipo cognitivo conductual es eficaz en estos adolescentes (14).

Se recomienda en casi todas las directrices médicas que el tratamiento farmacológico sólo se tome en cuenta como un complemento para tratar la anorexia nerviosa. Los estudios aleatorizados comparativos han señalado que la ciproheptadina (14) en dosis elevadas de hasta 24 mg al día puede facilitar un poco el aumento de peso y reducir la depresión. Asimismo, se ha indicado que en algunos casos la fluoxetina (15) ayuda a prevenir las recaídas. Un estudio más reciente demostró que la olanzapina es eficaz para facilitar el aumento de peso y reducir la ansiedad y los pensamientos obsesivos en los pacientes con anorexia nerviosa (16).

Bulimia nerviosa

Un gran número de estudios aleatorizados comparativos han demostrado que la psicoterapia cognitiva conductual es un tratamiento muy eficaz para la bulimia nerviosa. En un artículo de revisión de Shapiro y cols. (17) se resumen muchos estudios y éstos a menudo brindan una descripción detallada de su técnica o bibliografía sobre los manuales que utilizaron.

Los datos que fundamenten el tratamiento farmacológico de la bulimia nerviosa no son tan convincentes como los de la psicoterapia cognitiva conductual. Múltiples estudios aleatorizados acerca del tratamiento farmacológico indican que todos los inhibidores de recaptación de la serotonina son eficaces para reducir la conducta de atracones y purgas (17). Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los fármacos preferidos pues tienen menos efectos secundarios que otros fármacos que también reducen la conducta de atracones y purgas.

Los datos fundamentados con respecto a la eficacia de la autoayuda son débiles y para otras intervenciones terapéuticas en la bulimia nerviosa son débiles o inexistentes.

Trastorno por atracón

Los escasos estudios aleatorizados y comparativos sobre la psicoterapia para el trastorno por atracón (TA) indican que la psicoterapia cognitiva conductual constituye el tratamiento de elección (18).

Los estudios sobre el tratamiento farmacológico del TA indican que los inhibidores de recaptación de la serotonina tienen una eficacia moderada para reducir la frecuencia de los atracones y la gravedad del trastorno (19, 20). Los estudios aleatorizados comparativos con topiramato (21) y sibutramina (22) también han demostrado un efecto moderado para reducir la frecuencia de atracones en el TA.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La mayoría de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria que ne-

Tabla 5. Indicaciones médicas frecuentes para la hospitalización de pacientes con anorexia nerviosa

- En general, peso < 75% del peso corporal saludable calculado en forma individual o disminución aguda del peso con renuencia a alimentarse
- En adultos:
  - Frecuencia cardíaca < 40 latidos por minuto (lpm)
  - Presión arterial < 90/60 mm Hg o hipotensión ortostática (con un aumento del pulso de > 20 lpm o un descenso de la presión arterial de > 10-20 mm Hg/min al asumir la sedestación)
- En niños:
  - Frecuencia cardíaca < 50 lpm
  - Cambios ortostáticos de > 20 lpm
  - Presión arterial < 80/50 mm Hg
- Valores de glucemia < 60 mg/100 ml, potasio < 3 mEq/l
- Desequilibrio electrolítico (hiponatremia o hipernatremia, hipofosfatemia, hipomagnesemia e hipopotasemia)
- Temperatura corporal < 36,10°C, deshidratación
- Afectación hepática, renal o cardiovascular que necesita tratamiento agudo

Tabla 6. Trastornos psiquiátricos concomitantes en pacientes ingresados con un trastorno de la conducta alimentaria

Tendencia al suicidio
Un plan específico con gran letalidad o intención: tentativa de suicidio, depresión psicótica

Motivación
Motivación muy insatisfactoria: los pacientes pueden preocuparse por pensamientos intrusos repetitivos que producen alteraciones graves del funcionamiento; los pacientes pueden no cooperar mucho con el tratamiento y necesitan un ámbito muy estructurado para iniciar un tratamiento eficaz

Conducta de purga (incluidos laxantes y diuréticos)
Estos pacientes no pueden controlar múltiples episodios diarios de purga que son graves, persistentes y discapacitantes pese a las pruebas de tratamiento ambulatorio apropiadas. Necesitan supervisión durante y después de todas las comidas y en los baños.

Trastorno por toxicomanía
Estos pacientes pueden necesitar un plan de tratamiento de abstinencia combinado además de la rehabilitación nutricional en una unidad de hospitalización.

Estrés ambiental
Los factores estresantes psicosociales y ambientales de importancia con un apoyo social inadecuado pueden facilitar una alteración funcional y puede ser útil alejar al paciente de este entorno. Un ejemplo son los conflictos familiares graves o la falta de familia de manera que el paciente no pueda contar con un entorno organizado en casa o no pueda vivir solo sin contar con un sistema de apoyo.

cesitan hospitalización tienen anorexia nerviosa. Los motivos más frecuentes y apremiantes para la hospitalización de una persona con anorexia nerviosa son las indicaciones médicas enumeradas en la tabla 5. Los trastornos psiquiátricos concomitantes también pueden obligar a la hospitalización del paciente y se enumeran en la tabla 6.

Entorno hospitalario

Es útil implementar un enfoque cognitivo conductual en los servicios de hospitalización general. Se pueden utilizar técnicas de exposición y de prevención de la respuesta para evitar las purgas y los ejercicios indebidos. Se puede utilizar la psicoterapia de grupo para conflictos interpersonales, intervenciones psicoeducativas sobre nutrición, prevención de complicaciones médicas y recaídas, concienciación para mejorar la confianza del paciente en sí mismo, estrategias de autocontrol, cuestiones de madurez y autonomía y problemas para establecer límites. En la psicoterapia de grupo los pacientes pueden intercambiar opiniones en relación con sus síntomas y percibir mejor los factores que desencadenan los síntomas y las estrategias para resolverlos.

Estructura física de una unidad hospitalaria

Una unidad ideal para la hospitalización de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria dispondrá de un espacio adecuado para el comedor, de manera que se pueda vigilar directamente a los pacientes durante las comidas. Las áreas de convivencia durante el día también deben planificarse de manera que el personal de enfermería pueda vigilar a los enfermos. En algunos programas se ha utilizado la vigilancia mediante televisión de circuito cerrado para disminuir el ejercicio subrepticio. En este último caso es necesario el consentimiento informado y la autorización de los pacientes. Los baños de esta unidad deben estar cerrados con llave para evitar las purgas. Un programa novedoso ha empleado interruptores electrónicos del desagüe de los retretes, de manera que los pacientes puedan tener privacidad en el baño pero deben esperar a que una enfermera verifique el contenido del inodoro antes del desagüe.

Tabla 7. Criterios ideales para el alta de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria en una unidad de hospitalización

- Logro del peso corporal ideal
- Estabilidad médica (un electrocardiograma normal y electrolitos séricos)
- No hay riesgo de suicidio
- Capacidad para mantener el peso corporal ideal y la ingesta nutricional normal durante las salidas del entorno organizado.
- Capacidad para seleccionar los alimentos de un menú familiar
- No hay excesos de alimentos, purga o ejercicio excesivo durante un mínimo de una semana
- No hay alteración discapacitante por los trastornos concomitantes
- La familia está informada sobre el trastorno de la alimentación y está preparada para ayudar al paciente durante la recuperación en el ámbito extrahospitalario
- Identificación de un equipo para el tratamiento del paciente ambulatorio y remisión a los especialistas apropiados

Tratamiento general y rehabilitación nutricional

El tratamiento general implica el restablecimiento del peso, la rehabilitación nutricional, la rehidratación y la corrección de los electrolitos séricos. Esto exige el seguimiento diario del peso y la diuresis así como la valoración frecuente de los electrolitos. Se necesitan médicos con experiencia en el tratamiento general de los pacientes con anorexia nerviosa y emaciación grave para una asistencia adecuada. El número total de calorías en los pacientes con emaciación debe iniciarse con una ingesta de 30-40 kcal/kg/día y puede aumentarse gradualmente si no hay signos de edema periférico o de insuficiencia cardíaca.

Las fórmulas líquidas ofrecen la ventaja de que contienen la cantidad necesaria de vitaminas y minerales y pueden administrarse en pequeños volúmenes, por ejemplo, seis comidas iguales durante todo el día. De hecho, un estudio aleatorizado y comparativo demostró que este método en la hospitalización precoz fue más eficaz que obligar al paciente a que ingiriese alimento sólido (23). En esta etapa del tratamiento puede presentarse hipofosfatemia durante el restablecimiento de la alimentación, lo cual exigirá la administración de suplementos de fosfato.

Se puede necesitar el reposo en cama y las caminatas con compañía y la vigilancia especial por si se presentan úlceras de decúbito. Se han de evitar los fármacos que prolongan los intervalos QTc. A veces es necesario corregir las anomalías electrolíticas mediante soluciones intravenosas.

Al mejorar los pacientes han de recibir consejos nutricionales para elaborar planes de alimentación que pongan en práctica después del alta hospitalaria.

En la tabla 7 se presentan los criterios ideales para el alta de las unidades de hospitalización.

Los pacientes que están incurriendo en atracones y purgas y que tienen un peso corporal en el intervalo normal por lo general sólo necesitan una hospitalización breve para estabilizarse. A menudo tienen diagnósticos concomitantes de trastorno límite de la personalidad o toxicomanías y alcoholismo. Es mejor tratar la adicción en una unidad especializada y después trasladar al paciente a una unidad para la asistencia del trastorno de la conducta alimentaria. Los grupos de psicoterapia dialéctico-conductual son útiles para controlar los trastornos emocionales en los casos dudosos de trastorno por atracón y purga. Hay indicios de que los pacientes dados de alta de una unidad de hospitalización con un índice de masa corporal de 19 o más tienen menos posibilidades de recaer (24).

PROGRAMAS DE DÍA DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL CON UN COMPONENTE DE TRATAMIENTO RESIDENCIAL PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Se han desarrollado programas de tratamiento con diversos títulos diferentes para los pacientes que van a transferirse de un programa hospitalario y que tienen una discapacidad excesiva para recibir tratamiento en consulta externa. Estos programas también se aplican a las personas que han sido pacientes ambulatorios y que presentan alteraciones más graves pero no de un grado que exija hospitalización. Se recomienda un programa multifacético con un enfoque

cognitivo conductual en la modificación de los síntomas. Tales programas han comunicado un aumento de peso en los individuos con anorexia nerviosa y mejoras de las actitudes hacia el trastorno de la conducta alimentaria y en los síntomas depresivos (25-27). Se han descrito programas de intensidad variable, pero no se han realizado ensayos aleatorizados comparativos.

En estos programas se recomienda por lo menos una comida estructurada y los consejos nutricionales y la planificación de las comidas puede realizarse en el contexto de la psicoterapia de grupo o en sesiones de asesoría individual específicas. Múltiples modalidades de psicoterapia de grupo centradas en aspectos como la preparación en habilidades sociales, la ansiedad social, la distorsión de la imagen corporal o los temores a la madurez son medios eficaces de continuar los temas establecidos durante el tratamiento del paciente hospitalizado.

En estos ámbitos de tratamiento intermedio es necesario contar con médicos para la vigilancia médica, nutricionistas para la asesoría nutricional, psicoterapeutas para la psicoterapia individual o de grupo y psicofarmacólogos para los pacientes que necesitan tratamiento farmacológico.

No se dispone de estudios que proporcionen criterios fundamentados en datos científicos para el alta en estos programas intermedios. En general se recomienda que los pacientes estén por encima del 90% del peso normal y que hayan demostrado mejoras en la conducta funcional con una disminución importante de sus síntomas centrales de trastorno de la conducta alimentaria. Los indicios de intentos de continuar con las habilidades cognitivo-conductuales aprendidas para reducir los comportamientos centrales del trastorno de la conducta alimentaria también constituyen un criterio valioso para transferir a un paciente al tratamiento ambulatorio solo.

CONCLUSIONES

Son escasos los estudios aleatorizados comparativos fundamentados en datos científicos de que se dispone para recomendar los principales elementos de un servicio integral para la atención de los trastornos de la conducta alimentaria. Los centros establecidos y con experiencia en el tratamiento clínico de estos trastornos han llegado a la conclusión de que un enfoque multidisciplinario constituye el servicio de tratamiento más eficaz para estos pacientes.

Un servicio integral comprendería una clínica de diagnóstico y valoración, una clínica de consultas externas, un servicio de hospitalización y un programa diurno con un componente de tratamiento residencial. Un psiquiatra debe ser el coordinador de este equipo multidisciplinario, el cual comprende psicoterapeutas, psicofarmacólogos, nutricionistas y psicoterapeutas familiares. La asistencia y el apoyo psiquiátricos determinarán los aspectos específicos de estas importantes características en cada país concreto.

Bibliografía

1. Rooney B, McClelland L, Crisp A. The incidence and prevalence of anorexia nervosa in three suburban health districts in Southwest London. Int J Eat Disord 1995; 18:299-307.
2. Lewinsohn P, Striegel-Moore R, Seeley J. Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000;39:1284-92.
3. Garfinkel P, Goering L, Spegg C. Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. Am J Psychiatry 1995;152:1052-8.
4. Harris E, Barrowclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. Br J Psychiatry 1997;170:205-28.
5. Halmi K, Agras S, Crow S et al. Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa. Arch Gen Psychiatry 2005;62:776-81.
6. Russell G. Involuntary treatment in anorexia nervosa. Psychiatr Clin North Am 2001; 24:337-49.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
8. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 2006.
9. National Institute for Clinical Excellence. Eating disorders – Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Clinical Guideline No. 9. London: National Institute for Clinical Excellence, 2004.
10. Pike K, Walsh B, Vitousek K et al. Cognitive therapy in the post hospitalization treatment of anorexia nervosa. Am J Psychiatry 2003; 160:2046-9.
11. Kleifield E, Wagner S, Halmi K. Cognitive behavioral treatment of anorexia nervosa. Psychiatr Clin North Am 1996;19:715-37.
12. Eisler I, Dare C, Hodes M et al. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. J Child Psychol Psychiatry All Discipl 2000;41:727-36.
13. Lock J, Agras W, Bryson S et al. A comparison of short and long term family therapy for adolescent anorexia nervosa. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2005;44: 632-9.
14. Halmi K, Eckert E, LaDu T et al. Anorexia nervosa: treatment efficacy of cyproheptadine and amitriptyline. Arch Gen Psychiatry 1986;43:177-81.
15. Kaye W, Nagata T, Weltzin T et al. Double blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting and restrictingpurging type anorexia nervosa. Biol Psychiatry 2001;49:644-52.
16. Bissada H, Tasca G, Barber A et al. A double-blinld randomized control trial of olanzapine for anorexia nervosa. Am J Psychiatry 2008;165:10-3.
17. Shapiro J, Berkman N, Brownley K et al. Bulimia nervosa: a systematic review of randomized controlled trials. Int J Eat Disord 2007;40:1-16.
18. Wilfly D, Welch R, Stein R et al. A randomized comparison of group cognitive behavioral therapy and group interpersonal therapy for the treatment of overweight individuals with binge eating disorder. Arch Gen Psychiatry 2002;59:713-21.
19. Arnold L, McElroy S, Hudson J et al. A placebo-controlled, randomized trial of fluoxetine in the treatment of binge eating disorder. J Clin Psychiatry 2002;63:1028-33.
20. McElroy S, Casuto I, Nelson E et al. Placebo- controlled trial of sertraline in the treatment of binge eating disorder. Am J Psychiatry 2000;157:1004-6.
21. McElroy S, Arnold L, Shapiro N et al. Topiramate in the treatment of binge eating disorder associated with obesity: a randomized, placebo controlled trial. Am J Psychiatry 2003;160:255-61.
22. Appolinario J, Bacaltchuk J, Sichieri R et al. A randomized, double-blind placebo controlled study of sibutramine in the treatment of binge eating disorder. Arch Gen Psychiatry 2003;60:1109-16.
23. Okamoto A, Yamashita T, Nagoshi Y. A behavior therapy program combined with liquid nutrition designed for anorexia nervosa. Psychiatry Clin Neurosci 2002;56:515-22.
24. Howard W, Evans K, Quintero C. Predictors of success or failure of transition to day hospital treatment for inpatients with anorexia nervosa. Am J Psychiatry 1999;156: 1697-702.
25. Dancyger I, Fornari V, Schneider M. Adolescents and eating disorders: an example of a day treatment program. Eat Weight Disord 2003;8:242-8.
26. Heinberg A, Haug N, Freeman Y. Clinical course and short-term outcome of hospitalized adolescents with eating disorders: the success of combining adolescents and adults on an eating disorder unit. Eat Weight Disord 2003;8:326-31.
27. Zipfel S, Reas D, Thornton C. Day hospitalization programs for eating disorders: a systematic review of the literature. Int J Eat Disord 2002;31:105-17.

Diagnóstico, abastecimiento y organización del servicio

ROBERT PALMER

Leicester Eating Disorders Service, Leicestershire Partnership NHS Trust, Leicester, UK

K. Halmi ha compartido su perspectiva de los elementos que se deben incluir en toda respuesta de servicio «integral» a las necesidades de las personas con trastornos clínicos de la conducta alimentaria. Y pocos médicos de este campo desearían rebatir la mayor parte de lo que ha expuesto.

Algunos partidarios de encontrarle defectos a todo, como yo, podrían hallar algunas cosas que refutar. Por ejemplo, la cifra 23 que cita como tasa de mortalidad estandarizada es más bien un valor atípico en el extremo de lo elevado (1,2). De hecho, probablemente éste es el motivo de que suela citarse al plantear la necesidad de tomar en serio los trastornos de la conducta alimentaria. Yo mismo la he utilizado de esta manera.

Otros críticos podrían cuestionar su propuesta de que los equipos multidisciplinarios siempre deban contar con un psiquiatra como su «coordinador». En mi papel de médico esto me parece absolutamente razonable y congruente con mi perspectiva de cómo deberían ser las cosas, aunque a una parte irritante de mi mente insiste en ocurrírsele ejemplos de servicios satisfactorios que son dirigidos –sea en el aspecto administrativo o el clínico, o en ambos– por personal clínico con formación no médica. ¿Y qué hay de las enfermeras? No aparecen en la lista de Halmi. Sin embargo, en mi centro de trabajo ellas constituyen el grupo profesional más numeroso, tanto evidentemente en la unidad de pacientes hospitalizados como también menos evidentemente en los equipos que atienden a pacientes ambulatorios, donde con la capacitación adicional adecuada y el apoyo realizan valoraciones y brindan tratamientos psicológicos. Sin embargo, el ocuparme demasiado en tales cuestiones sería hacer caso omiso de lo importante. Así que resaltaré y comentaré principalmente dos aspectos. Los dos son abordados pero podría decirse que ninguno recibe suficiente énfasis en el artículo de Halmi.

La primera cuestión es la del diagnóstico y sus implicaciones. Desde luego, esto se menciona en el texto, pero a menudo los términos trastorno de la conducta alimentaria y anorexia nerviosa parecen utilizarse casi de manera intercambiable. La mayor parte de las afirmaciones sobre lo que es necesario son congruentes con un análisis de la anorexia nerviosa, pero menos con respecto a otros tipos de trastornos de la conducta alimentaria. En consecuencia, el énfasis en los equipos multidisciplinarios, que comprenden psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, médicos, etcétera, es apropiado para el tratamiento de la mayoría de los pacientes graves y con riesgo. Estos casos difíciles en general afectan a las personas con un diagnóstico de anorexia nerviosa, pero incluso dentro de la categoría diagnóstica, serán una minoría. La mayor parte de los trastornos de la conducta alimentaria pueden ser valorados y tratados de forma adecuada por un médico con capacitación apropiada que trabaje en un servicio de consultas externas o en un consultorio. Esta mayoría –supongo que sería del orden del 90% o más de los casos que se presentan–- comprende muchas personas con anorexia nerviosa y la gran mayoría de los que tienen bulimia nerviosa y las diversas formas de trastornos de la conducta alimentaria no especificados, como el trastorno por atracones. Tal médico tendría que tener presente el riesgo físico y debería saber cómo procurar la experiencia pertinente cuando surgiesen complicaciones o dudas. Sin embargo, el requisito de que un equipo multidisciplinario completo atienda a todos los pacientes no es necesario ni práctico.

La clasificación diagnóstica actual de los trastornos de la conducta alimentaria es insatisfactoria en algunos puntos y en muchos aspectos la perspectiva «transdiagnóstica» tiene ventajas (3). No obstante, nadie puede negar la importancia práctica del peso corporal muy bajo y las complicaciones asociadas. Un servicio integral debe incluir un centro o equipo que pueda resolver los casos más difíciles y comprometidos. El tratamiento hospitalario debe figurar entre las intervenciones disponibles. Sin embargo, no es necesario que predomine esta pequeña parte de los servicios clínicos para los trastornos de la conducta alimentaria y podría decirse que se le he dado demasiada importancia en lo pasado. Lo que a menudo no se toma en cuenta es la disponibilidad de terapeutas y coordinadores de caso que sean competentes y fiables con apoyo adecuado que puedan atender a la mayoría de las personas con trastornos de la conducta alimentaria.

La otra cuestión que no se destaca en el artículo de Halmi es la de la organización del servicio. ¿De qué manera se relacionan entre sí los diversos elementos de un servicio integral? En cierto grado esto variaría según el modelo económico y político en el cual se presten los servicios. Este puede ser un tema delicado y las directrices clínicas a menudo lo evitan (4, 5). Los sistemas estatales de abastecimiento financiados por los impuestos, como el National Health Service en el Reino Unido, tienden a tener problemas pero lo mismo les ocurre a los sistemas basados en seguros médicos. Por lo demás, hay cierta convergencia con el crecimiento de los sistemas de salud integral universales en el último y las tentativas de infundir ideas de un «mercado» y «opción» en el primero. Las terceras partes de cualquier clase cada vez tienen más influencia. Es necesario que los médicos tomen en cuenta cuántos recursos y de qué tipo son adecuados para una población. Debemos abordar tales problemas y obtener respuestas clínicamente relevantes para no ser zarandeados o limitados en exceso por quienes tienen una perspectiva más fría y principalmente económica. Desde luego, lo que le importa al paciente es la rápida disponibilidad de servicios de calidad satisfactoria que sean coherentes y que gestionen las transiciones de la prestación, por ejemplo, entre el niño y el adulto o entre los pacientes ambulatorios y los hospitalizados con un mínimo de lío y complicaciones. Las organizaciones de pacientes y cuidadores deberían ser aliados importantes en estas cuestiones.

Es importante tratar de definir los componentes de un servicio integral para las personas con trastornos de la conducta alimentaria y hay que felicitar a K. Halmi y de hecho a *World Psychiatry* por abordar este asunto. El problema es complejo pero se enriquece si se añade la cuestión de cómo integrar mejor estos componentes en la práctica. Sin duda hay más de una forma de hacerlo.

Bibliografía

1. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. Br J Psychiatry 1998; 173:11-53.
2. Neilsen S, Moller-Madsen S, Isager T et al. Standardised mortality in eating disorders – a quantitative summary of previously published and new evidence. J Psychosom Res 1998;44:413-34.
3. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. Behav Res Ther 2003;41:509-28.
4. National Collaborating Centre for Mental Health. Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Guideline no. CG9. London: British Psychological Society and Gaskell, 2004.
5. Palmer RL, Treasure J. Providing specialised services for anorexia nervosa. Br J Psychiatry 1999;175:306-9.

Planificación de un servicio para la atención de los trastornos de la conducta alimentaria basándose en datos epidemiológicos

Hans Wijbrand Hoek

Parnassia Bavo Psychiatric Institute, Kiwistraat 43, 2552 DH The Hague, The Netherlands; Department of Epidemiology, Columbia University New York, NY, USA; Department of Psychiatry, University Medical Center Groningen, University of Groningen, The Netherlands

K. Halmi presenta los principales elementos de un servicio integral para la atención de los trastornos de la conducta alimentaria. En la planificación de tal servicio las autoridades sanitarias deben conocer la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en la zona de captación que se va a atender. El tamaño de un servicio para los trastornos de la conducta alimentaria no sólo depende del tamaño de la zona de captación, sino también de las características demográficas de su población.

Puesto que los trastornos de la conducta alimentaria se presentan principalmente en mujeres jóvenes, es importante conocer la proporción de este grupo de riesgo elevado en la población total atendida. Pero las características de la zona de captación en sí también son importantes, como es el caso del grado de urbanización. Por ejemplo, en los Países Bajos se observó que la incidencia de bulimia nerviosa era cinco veces más elevada en las ciudades que en las zonas rurales (1).

Asimismo, la mayor parte de los datos epidemiológicos sobre los trastornos de la conducta alimentaria se derivan de estudios realizados en los países occidentales, sobre todo en Europa Occidental, dada la disponibilidad de sistemas completos de registro sanitario y estadísticas poblacionales. En el caso de los trastornos de la conducta alimentaria, se tiene que tener especial cuidado al aplicar los resultados de los estudios efectuados en los países occidentales a la planificación de los centros de asistencia sanitaria en los países no occidentales. En un estudio exhaustivo realizado en la isla caribeña de Curaçao, la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria en la población de raza mixta y blanca minoritaria fue similar a la observada en Estados Unidos y en Europa Occidental, en tanto que no se encontraron casos en la población negra mayoritaria (2).

En un metaanálisis en el que se proporcionaron las tasas de prevalencia en un año por 100.000 mujeres jóvenes en los Países Bajos en diferentes niveles de atención (3), comunicamos que las tasas de anorexia nerviosa eran de 370 en la población, 160 en los consultorios de atención primaria y 127 en los servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios y hospitalizados. Las tasas correspondientes para la bulimia nerviosa fueron 1.500, 170 y 87. Estos datos confirman que sólo una minoría de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria en la población entra en el sistema de atención psiquiátrica. Esto es aplicable sobre todo a la bulimia nerviosa. Estas bajas tasas de personas con trastornos de la conducta alimentaria atendidas posiblemente sean resultado de las demoras de los pacientes, a causa de negación o culpa, y las demoras de los médicos, debidas a la detección inadecuada de estos trastornos graves.

En un estudio de gemelos finlandeses de la población (4), la prevalencia de la bulimia nerviosa en el curso de la vida según los criterios del DSM-IV fue del 2,3%, pero el sistema de atención sanitaria identificó pocas de estas mujeres. La prevalencia de la anorexia nerviosa en el curso de la vida según los criterios del DSM-IV fue de un 2,2% y llegó hasta el 4,2% para la anorexia nerviosa definida en forma general (5). Sólo la mitad de los casos de anorexia nerviosa confirmados en este estudio se habían detectado en el sistema de atención sanitaria, aunque la mayoría de ellos habían padecido anorexia nerviosa durante varios años. Otra observación notable fue que la prevalencia de la anorexia nerviosa en el curso de la vida en varones jóvenes de la población finlandesa fue de un 0,24%, es decir, también mucho más elevada de lo que antes se pensaba (6).

Los estudios efectuados en los Países Bajos y en Suecia proporcionan pruebas circunstanciales indicativas de que la detección oportuna de la anorexia nerviosa tiene gran importancia para lograr resultados favorables (7,8). La anorexia nerviosa todavía se caracteriza por una mortalidad elevada en el curso de la vida, tanto por causas naturales como no naturales (9). Sin embargo, la mortalidad en pacientes del género femenino con anorexia nerviosa que reciben asistencia hospitalaria ha disminuido drásticamente en Suecia, lo cual es probable que esté relacionado con el advenimiento de las unidades de asistencia especializadas (10).

Los programas para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria tradicionalmente son elaborados para pacientes con anorexia o bulimia nerviosa. No obstante, hoy en día la mayor parte de los casos de un trastorno de la conducta alimentaria sólo pueden clasificarse en la categoría de trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) según los criterios del DMS-IV. Éstos comprenden síndromes parciales de anorexia o bulimia nerviosa así como trastornos por atracones, una nueva categoría propuesta en el DSM-IV para fines de investigación (11). En un estudio sobre los trastornos de la conducta alimentaria en la población de Portugal, tres cuartas partes de las mujeres jóvenes con un trastorno de la alimentación se clasificaron bajo la categoría de TCANE (12). Aun en el ámbito de los pacientes ambulatorios, los casos de TCANE constituyen un promedio del 60% del total (13). Si bien estos individuos se caracterizan por una psicopatología cognitiva central similar, representan el grupo de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria menos estudiado.

El establecimiento de un servicio para la atención de los trastornos de la conducta alimentaria exige conocimiento de su zona de captación y de la epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en general. Sin embargo, tal vez sea aun más importante tener presente que la mayoría de las personas con trastornos de la conducta alimentaria nunca acude a tratarse. En la planificación de los servicios para los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria es indispensable tomar en cuenta esta enorme morbilidad oculta de los trastornos en la población e idear métodos para tratarla.

Bibliografía

1. Van Son GE, Van Hoeken D, Bartelds AI et al. Urbanisation and the incidence of eating disorders. Br J Psychiatry 2006;189:562-3.
2. Hoek HW, van Harten PN, Hermans KME et al. The incidence of anorexia nervosa on Curaçao. Am J Psychiatry 2005;162:748-52.
3. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. Curr Opin Psychiatry 2006;19: 389-94.
4. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Linna MS et al. Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. Psychol Med 2009;39:823-31.
5. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES et al. Epidemiology and course of

anorexia nervosa in the community. Am J Psychiatry 2007;164:1259-65.
6. Raevuori A, Hoek HW, Susser E et al. Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of Finnish twins. PLoS ONE 2009;4:e4402.
7. Van Son GE, van Hoeken D, van Furth EF et al. Course and outcome of eating disorders in a primary care-based cohort. Int J Eat Disord (in press).
8. Wentz E, Gillberg IC, Anckarsäter H et al. Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. Br J Psychiatry 2009;194:168-74.
9. Papadopoulos FC, Ekbom A, Brandt L et al. Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. Br J Psychiatry 2009;194:10-7.
10. Lindblad F, Lindberg L, Hjern A. Improved survival in adolescent patients with anorexia nervosa: a comparison of two Swedish national cohorts of female inpatients. Am J Psychiatry 2006;163:1433-5.
11. Bulik CM, Brownley KA, Shapiro JR. Diagnosis and management of binge eating disorder. World Psychiatry 2007;6:142-8.
12. Machado PP, Machado BC, Gonçalves S et al. The prevalence of eating disorders not otherwise specified. Int J Eat Disord 2007;40:212-7.
13. Fairburn CG, Bohn K. Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome 'not otherwise specified' (NOS) category in DSM-IV. Behav Res Ther 2005;43:691- 701.

Un servicio de tratamiento integral debe comprender perspectivas del desarrollo, generales y en colaboración

Bryan Lask

Great Ormond Street Hospital, University of London, UK; Regional Eating Disorders Service, Oslo University Hospital, Oslo, Norway; Ellern Mede Centre, London, UK

Ante la falta de datos factuales de peso para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, es inevitable que haya desacuerdos en torno a lo que constituye el servicio de tratamiento más apropiado. Gran parte de los conceptos generales que K. Halmi plantea con respecto a lo que constituye tal servicio es útil y no debatible. En este comentario, me centraré en lo que considero que se ha omitido, reconocido de manera insuficiente o que está en desacuerdo con las perspectivas o procedimientos contemporáneos.

La primera omisión es la de un enfoque en el desarrollo. La edad máxima de instauración de los trastornos de la conducta alimentaria es entre los 14 y los 18 años, un período de considerable maduración física y psicológica. Un número cada vez mayor de niños prepuberales están presentando estos trastornos. La posibilidad de las descompensaciones físicas es mucho más alta en la infancia y la adolescencia que en la edad adulta. Es necesario prestar atención al crecimiento óseo, tanto lineal como en densidad, así como a las condiciones de los órganos de la reproducción, todos los cuales están sujetos al riesgo que conlleva una nutrición inadecuada. El índice de masa corporal (IMC) en sí no es útil pues es necesario valorarlo tomando en cuenta la edad utilizando los centiles del IMC para la edad (1). Es engañoso estipular un IMC específico por debajo de los 18 años, edad en la que se basan las decisiones.

Desde una perspectiva psicológica, los aspectos relacionados con el desarrollo juegan un papel decisivo en la patogenia y el mantenimiento de los trastornos de la alimentación y ulteriormente deben ser centrales para la valoración y el tratamiento. La importancia de una perspectiva general está vinculada con esto. Los niños y los adolescentes viven con sus familias, asisten a la escuela y se relacionan intensamente con su grupo de compañeros. Los antecedentes familiares son mucho menos importantes que la forma en que los padres hacen frente a la enfermedad y siempre deben participar los padres tanto en la planificación del tratamiento como en su aplicación. De hecho, los métodos para el tratamiento de la anorexia nerviosa en el adolescente centrados en la familia están respaldados por datos científico-estadísticos satisfactorios y en las directrices del National Institute for Clinical Excellence (NICE) son centrales para su tratamiento (2).

Como señala Halmi, el equipo multidisciplinario es una parte esencial de todo programa de tratamiento. Sin embargo, la autora no hace mención de las enfermeras, quienes juegan un papel decisivo en el tratamiento aplicado en las unidades de hospitalización y a menudo participan en el tratamiento que se brinda en las clínicas de consultas externas, de asistencia ambulatoria y en el domicilio. Su descripción del entorno hospitalario y la estructura física de una unidad para pacientes hospitalizados da importancia al «cumplimiento» y a la vigilancia, el control y la restricción de las actividades de los pacientes. Prácticamente no se presta atención a su autonomía, privacidad, comodidad o derechos. Y tampoco se mencionan algunos componentes esenciales del tratamiento, sea este hospitalario o ambulatorio, a saber: a) el formar una alianza terapéutica; b) una comunicación hábil; c) la exploración comprensiva de las ansiedades, preocupaciones y cogniciones de los pacientes, y d) mejorar la motivación –el paciente desmotivado tiene mucho más posibilidades de abandonar el tratamiento (3).

Halmi señala que es mejor un enfoque cognitivo conductual en una unidad para pacientes hospitalizados. Sin embargo, aunque se dispone de datos factuales satisfactorios sobre la utilidad de la psicoterapia cognitiva conductual en la bulimia nerviosa, no hay indicios de que tenga alguna utilidad en los pacientes con anorexia nerviosa y un bajo peso corporal, es decir, la mayoría de los pacientes hospitalizados con un trastorno de la conducta alimentaria.

Volviendo al tratamiento médico, no estoy de acuerdo con la recomendación de Halmi de que se deba pesar diariamente a los pacientes. Tal preocupación excesiva por el peso refleja la de nuestros pacientes y simplemente la refuerza (1). En todo caso, el peso no es un indicador válido del bienestar físico, por múltiples motivos: a) el peso varía hasta en 1,5 kg en un período de 24 horas; b) el proceso de pesar no es del todo fiable, dada la posibilidad de error de las balanzas; c) el peso puede falsificarse fácilmente y muchos pacientes lo harán para evadir un método de tratamiento coercitivo; por el contrario, algunos niños y adolescentes evitarán subir de peso con tal de que no se les dé de alta y tengan que regresar a un entorno de malos tratos; d) lo que constituye un IMC satisfactorio para una persona puede ser demasiado alto o bajo para otras, dada la enorme variación del IMC saludable en la población.

El peso y el IMC deberían ser solamente un indicador del bienestar físico y se debería tomar en cuenta y reconocer su falta de fiabilidad. Se podría medir el peso con regularidad, pero nunca debe ser el único factor determinante de las decisiones para el tratamiento y sin duda debería evitarse

la determinación diaria del peso. Si hay considerable ansiedad en torno al estado físico de un paciente, entonces los signos vitales y el estado electrolítico brindarán información más válida y útil.

Halmi no hace referencia a los interesantes avances en nuestra comprensión de la neurociencia de los trastornos de la conducta alimentaria y su aplicabilidad clínica (4-6). Es casi seguro que los trastornos de la conducta alimentaria tengan un fundamento neurobiológico primario, dadas las alteraciones de los neurotransmisores (7,8), las anomalías invariables y persistentes en dominios muy específicos del funcionamiento neuropsicológico (9-13) y las anomalías específicas, localizadas y persistentes en los estudios por neuroimágenes (5,14,15). Las implicaciones clínicas son profundas y apuntan a la necesidad de tratamientos dirigidos al sustrato neurobiológico subyacente. El empleo del tratamiento corrector cognitivo está produciendo algunos resultados impresionantes, incluso en personas con trastornos muy crónicos y se han observado mejorías sintomáticas tanto en las manifestaciones clínicas como en los déficits cognitivos (11,16).

Por último, Halmi no hace mención de la importancia de contar con instalaciones de gran fiabilidad y seguridad que atiendan a las personas con trastornos de la alimentación que requieren una asistencia mucho más intensiva de lo habitual o cuyo comportamiento puede comprometer el pronóstico vital. La disponibilidad de centros de transición gradual, desde las unidades de seguridad y gran fiabilidad a las unidades especializadas para pacientes hospitalizados y de asistencia ambulatoria hasta las clínicas de consultas externas y la asistencia domiciliaria constituiría un servicio mucho más integral.

Un servicio verdaderamente integral exigiría contar con una amplia gama de especialistas, lo que comprende enfermeras y psicoterapeutas capacitados en tratamientos para mejorar la motivación y aplicar tratamiento correctivo cognitivo. El servicio claramente necesitaría subdividirse en dos secciones, una para niños y adolescentes, con un énfasis en los aspectos relacionados con el desarrollo y generales, y el otro para los adultos. El espíritu de tal servicio integral debe estar bien cimentado, no en el cumplimiento, la coerción y la vigilancia, sino en la alianza terapéutica.

Bibliografía

1. Lask B, Frampton I. Anorexia nervosa – irony, misnomer and paradox. Eur Eat Disord Rev 2009;17:165-8.
2. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Eating disorders: anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Understanding NICE guidance: a guide for people with eating disorders, their advocates and carers, and the public. www.nice.nhs.org.
3. Geller J. Mechanism of action of process of change – helping eating disorder clients make meaningful change in their lives. Clin Child Psychol Psychiatry 2006;11:225-37.
4. Katzman D, Zipursky R, Lambe E et al. A longitudinal MRI study of brain changes in adolescents with anorexia nervosa. Arch Pediatr Adolesc Med 1997;151:793-7.
5. Lask B, Gordon I, Christie D et al. Neuroimaging in early onset anorexia nervosa. Int J Eat Disord 2005;37:S49-51.
6. Nunn K, Frampton I, Gordon I et al. The fault, Horatio, is not in her parents but in her insula – a neuroscience theory of anorexia nervosa. Eur Eat Disord Rev 2008; 16:355-60.
7. Bailer UF, Frank GK, Henry SE et al. Exaggerated 5-HT1A but normal 5-HT2A receptor activity in individuals ill with anorexia nervosa. Biol Psychiatry 2007;61:1090-9.
8. Bailer UF, Frank GK, Henry SE et al. Serotonin transporter binding after recovery from eating disorders. Psychopharmacology 2007;195:315-24.
9. Lena SM, Fiocco AJ, Leyenaar JAK. The role of cognitive deficits in the development of eating disorder. Neuropsychol Rev 2004; 14:99-113.
10. Tchanturia K, Anderluh M, Morris R et al. Cognitive flexibility in anorexia nervosa and bulimia nervosa. J Int Neuropsychol Soc 2004;10:513-20.
11. Tchanturia K, Davies H, Campbell IC. Cognitive remediation therapy for patients with anorexia nervosa: preliminary findings. Ann Gen Psychiatry 2007;6:1186-214.
12. Lopez C, Tchanturia K, Stahl D et al. Central coherence in eating disorders: a systematic review. Psychol Med 2008;38:1393- 404.
13. Lopez C, Tchanturia K, Stahl D et al. Central coherence in women with bulimia nervosa. Int J Eat Disord 2008;41:340-7.
14. Rastam M, Bjure J, Vestergren E et al. Regional cerebral blood flow in weightrestored anorexia nervosa. Dev Med Child Neurol 2001;43:239-42.
15. Uher R, Brammer M, Murphy T et al. Recovery and chronicity in anorexia nervosa: brain activity associated with differential outcomes. Biol Psychiatry 2003;54:934-42.
16. Tchanturia K, Davies H (eds). Cognitive remediation programme for anorexia nervosa: a manual for practitioners. London: NHS Foundation Trust, 2008.

Psiquiatras, entorno y cohesión

Janice Russell

Eating Disorder Programs, Royal Prince Alfred Hospital, Missenden Rd., Camperdown, NSW 2050, and Northside Clinic, 2 Greenwich Rd., Greenwich, NSW 2065, Australia

K. Halmi afirma de manera inequívoca en su valoración minuciosa que el psiquiatra debe ser «el coordinador del equipo multidisciplinario» y su aseveración es correcta, ya que se supondría que sólo el psiquiatra estaría adecuadamente capacitado para este papel. Sin embargo, cada vez es más difícil interesar a los psiquiatras e incluso a los médicos para que asuman esta función, en tanto que otros profesionales sanitarios cada vez muestran más interés debido a mejores bonificaciones de seguros de salud, los tratamientos basados en datos científico-estadísticos e incluso los derechos de prescripción. Por consiguiente, el ideal de Halmi bien podría volverse cada vez menos lograble, a menos que se comprendan y aborden los motivos por los cuales los médicos con la cualificación adecuada evitan los trastornos de la conducta alimentaria.

En todo componente de un programa de tratamiento integral de los trastornos de la conducta alimentaria es inestimable la necesidad de las reuniones periódicas del equipo multidisciplinario. Representan un foro en el cual se facilita la cohesión del equipo, se formulan las metas de tratamiento, se evalúan los avances, se adquieren los conocimientos iterativos constantes de cada paciente, se aclara la función de los miembros del equipo y se presenta el apoyo y la dirección en caso de dificultades. También debe tomarse en cuenta la perspectiva de los pacientes y los cuidadores. Cuando los resultados del tratamiento son insatisfactorios, lo cual no es infrecuente, los psiquiatras, los miembros del equipo y el programa podrían convertirse en el blanco de la ira y el desencanto de pacientes, familia y cuidadores. Esto no sólo puede dar por resultado quejas, falta de pago de cuentas y disputas sobre los servicios recibidos, sino también puede convertirse en una fuente de gran angustia, desmoralización y trabas para el médico perfeccionista. Es necesario compartir esta carga, pero en última instancia quienes brindan el tratamiento, sobre todo el psiquiatra que dirige al equipo, se beneficiará de su propia supervisión, apoyo y a menudo tratamiento.

El entorno es un elemento importante de todos los componentes del programa.

Hace una función de «cohesión», la cual es muy fácil de definir en la situación de los pacientes hospitalizados, pero también opera en los programas de asistencia ambulatoria y en las clínicas de consultas externas. En los primeros dos, comprende al personal de enfermería, su respeto incondicional y su disponibilidad para la identificación y el restablecimiento de modelos (1). Cuando los pacientes están asistiendo a una clínica de consultas externas, el contacto con el personal administrativo y el entorno físico les permite mantenerse en el tratamiento mientras comienzan a controlar sus vidas en el exterior. El entorno en los programas de hospitalización completa o parcial también comprende el apoyo y la supervisión para las comidas. En nuestro programa hospitalario, para nuestra gran sorpresa, esto fue evaluado en mayor grado por los pacientes, quienes nos decían que esto era sobre todo lo que no podían obtener en casa (2). Se supondría que, al desplazarse el paciente a través de los componentes del programa, lo que debería incluir colaborar con su sistema de apoyo inmediato, esto ya no sería el caso.

El «método de Maudsley» de facultar a los padres de niños y adolescentes más jóvenes anoréxicos es una forma de brindar un medio más apropiado para estos pacientes, cuando funciona. No todos los progenitores están igualmente facultados para la tarea y puede ser una imposición importante para los hermanos. No obstante, muchas investigaciones parecen respaldar su eficacia, aun cuando se supondría que resultase menos apropiado desde la perspectiva del desarrollo a partir de los años medianos de la adolescencia (3). El «nuevo método de Maudsley» (4) se basa en la premisa cada vez más realista de que los pacientes de más edad podrían tardar bastante más tiempo en recuperarse, y de hecho lo hacen, y el costo para sus familias puede ser considerable. Un manual basado en destrezas recurre a metáforas de animales para describir las conductas de padres o cuidadores ideales e inconvenientes, lo cual igualmente puede aplicarse a profesionales sanitarios que colaboran en el contexto de un tratamiento multidisciplinario. Se debe ayudar a los padres y a los cuidadores no sólo a atenderse a sí mismos, sino a colaborar con el esfuerzo del paciente para la recuperación.

Parecería que los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria menos graves, es decir, los que necesitan menos contención de la conducta, pueden recuperarse con diversos métodos terapéuticos y ámbitos de tratamiento. Sin embargo, el contingente de los pacientes de mayor edad con anorexia nerviosa crónica al parecer está creciendo con rapidez y plantea dificultades crecientes. Por consiguiente, hasta ahora, los tratamientos farmacológicos y endocrinológicos han tenido una repercusión relativamente escasa y han contribuido a que no hayan aumentado las tasas de recuperación en los últimos dos decenios (5). Asimismo, la perspectiva parece empeorar dado el mayor número de pacientes que no se hospitalizan, pero las hospitalizaciones más prolongadas han reducido los factores metabólicos en la autoperpetuación del adelgazamiento (6). Estos son los pacientes que a menudo acuden a los médicos con dilemas en torno al tratamiento involuntario y por cuánto tiempo éste todavía vale la pena (7). Las personas con anorexia nerviosa pocas veces solicitan cuidados paliativos y sin embargo a menudo nos vemos en una posición en la que podríamos pensar que esto es lo único que podemos ofrecer y lo que ofrecemos dista mucho de lo ideal.

El «factor cohesivo» que mantiene unidos los componentes importantes del tratamiento suele ser el médico general o el médico de atención primaria, cuyo papel en los trastornos de la conducta alimentaria comprende establecer el compromiso, el reconocimiento oportuno y la intervención. Lo último podría comenzar con remitir al paciente a un nutricionista o a un psicólogo, pero es posible que con el tiempo implique remitirlo a un componente de un programa multidisciplinario y entonces controlar y apoyar tras la fase de hospitalización. El médico de atención primaria o el médico general a menudo tienen la tarea no envidiable de persuadir a los pacientes y a sus padres, parejas o cuidadores de que necesitan regresar a un componente del programa o perseverar en el mismo.

Es absolutamente esencial la comunicación con el personal del programa multidisciplinario y los médicos generales y los médicos de atención primaria de los pacientes deben recibir información adecuada, apoyo y capacitación para trabajar con un grupo muy difícil de pacientes y sus familias.

Bibliografía

1. Russell J, Meares R. Paradox, persecution and the double game: psychotherapy in anorexia nervosa. Aust N Zeal J Psychiatry 1997; 31:691-9.
2. Russell J, Poland T, Abraham S. Milieu in the management of eating disorders. Presented at the Royal Australian an New Zealand College of Psychiatrists Congress, Christchurch, May 2004.
3. Lock J, le Grange D, Agras WS et al. Treatment manual for anorexia nervosa: a family- based approach. New York: Guilford, 2002.
4. Treasure J, Smith G, Crane A. Skills-based learning for caring for a loved one with an eating disorder. London: Routledge, 2007.
5. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. Am J Psychiatry 2002;159:1284-93.
6. Heilbronn L, Milner KL, Kriketos A et al. Metabolic dysfunction in anorexia nervosa. Obesity Res Clin Pract 1997;1:139-46.
7. Russell J. Treating anorexia nervosa. Humbling for doctors. BMJ 1995;311:584.

Servicios para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: ¿Cuán integral es integral?

Timothy D. Brewerton

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Medical University of South Carolina, Charleston, SC, USA

El tema de mi comentario será «¿Cuán integral es integral?». Añadiré varios aspectos que no son mencionados por K. Halmi y que me parecen importantes para el establecimiento de un servicio integral, y resaltaré una serie de temas que se mencionan. Éstos son: a) el surgimiento de nuevos conceptos en la nomenclatura de los trastornos de la conducta alimentaria; b) la necesidad de separar a los niños y a los adolescentes jóvenes de los adultos y de los adolescentes mayores en las unidades de tratamiento; c) el papel del trauma previo y su vínculo con los trastornos psiquiátricos concomitantes; d) la importancia del enfoque de Maudsley basado en la familia para el tratamiento de los niños y los adolescentes, y e) el papel de las modalidades de tratamiento complementarias.

Aproximadamente la mitad de los pacientes tratados en las clínicas para los trastornos de la conducta alimentaria no cumplen con todos los criterios para la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa o el trastorno por atracón y el diagnóstico más adecuado en estos casos según los criterios del DSM-IV es el de un trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

Se han realizado varias investigaciones dirigidas a definir de manera más específica este subgrupo numeroso. Uno de los mitos existentes es que los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria no especificado son menos graves que los que tienen los síndromes declarados, pero esto no necesariamente es verdad. Tómese en cuenta a una persona que vomita varias veces al día pero que no incurre en excesos alimentarios compulsivos, en contraste con alguien que presenta los atracones y que se purga dos veces a la semana. Se ha acuñado el término «trastorno por purgas» para describir a estos individuos que se purgan pero que no tienen atracones y se ha observado que sus trastornos médicos concomitantes y psiquiátricos y su evolución de la enfermedad son tan graves como los de los pacientes con bulimia nerviosa (1,2). Brewerton y cols. comunicaron que la prevalencia de cualquier episodio de purga hasta bajar de peso en el curso de la vida fue de un 12,6% en una muestra representativa amplia de mujeres estadounidenses (3). Este grupo tuvo antecedentes en el curso de la vida significativamente más frecuentes de depresión mayor, toxicomanía, trastorno por estrés postraumático (TEPT) y experiencias de victimización, así como mayor índice de masa corporal y una serie de trastornos psiquiátricos concomitantes.

Uno de los aspectos que Halmi no aborda es cómo gestionar el tratamiento de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria de diferentes edades. La mayoría de los expertos en este campo recomiendan servicios apropiados para la edad y consideran óptimo atender por separado a niños y adolescentes más jóvenes y a los adultos y adolescentes mayores durante el tratamiento en centros de hospitalización, residencias, unidades de hospitalización parcial y de tratamiento ambulatorio (4). Es importante proteger a los niños y a los adolescentes de exponerse a pacientes de mayor edad, quienes de manera inadvertida «enseñan» a los niños nuevas conductas de inadaptación y que a menudo tienen importantes problemas de «adulto» que resolver, como el solucionar experiencias traumáticas en la vida.

En la actualidad está demostrado que los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria y con síntomas bulímicos tienen tasas significativamente más elevadas de experiencias de victimización delictivas y como resultado trastorno por estrés postraumático (TEPT) o TEPT parcial, lo que a su vez conlleva tasas más altas de trastornos concomitantes (5-7). Estos pacientes plantean grandes dificultades y constituyen un número excesivo en las unidades hospitalarias. Esto obliga a que los servicios integrales para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria estén bien preparados para valorar y tratar a los individuos con traumas graves y a todos los trastornos relacionados con el trauma (5).

Halmi observa que «los estudios fundamentados en los datos factuales más convincentes sobre la anorexia nerviosa son los de la psicoterapia familiar en adolescentes» y este hallazgo tan importante merece más comentarios. El primer estudio principal en el que se comunicó la eficacia de la psicoterapia familiar en la anorexia nerviosa indicó su utilidad en los pacientes que recuperaron peso al alta en el Maudsley Hospital (8). Después de un año de tratamiento, se observó que la psicoterapia familiar era más eficaz que la psicoterapia individual en las personas cuya enfermedad no era crónica y había comenzado antes de los 19 años. Además, una observación más provisional fue la mayor utilidad del tratamiento de apoyo individual en pacientes de mayor edad y más crónicos. Estas observaciones fueron confirmadas en un seguimiento a cinco años (9). Desde entonces, en otros estudios se ha aplicado con éxito el modelo de Maudsley basado en la familia para el tratamiento de niños y adolescentes de bajo peso con anorexia nerviosa (10).

Algunos programas integrales han incorporado tratamientos complementarios específicos y de orientación espiritual en su arsenal terapéutico, como el masaje terapéutico, el yoga, la meditación y los grupos de 12 pasos. En un estudio de pacientes con anorexia nerviosa, el masaje terapéutico redujo significativamente los indicadores de insatisfacción corporal así como las concentraciones plasmáticas de cortisol (11). Los pacientes con bulimia nerviosa que recibieron el masaje comunicaron menos depresión y ansiedad y tuvieron calificaciones significativamente mejores en varias subescalas del inventario sobre los trastornos de la conducta alimentaria (12). Otras medidas de tratamiento complementario, como el yoga, pueden ser un método eficaz para aumentar la introspección, la reflexión personal y la satisfacción con el cuerpo, al igual que para reducir la ansiedad (13, 14). Los principios de la meditación de conciencia plena son parte integral de la psicoterapia dialéctico-conductual, una modalidad de tratamiento de la bulimia nerviosa validada en forma empírica, al igual que del trastorno por atracones y el trastorno límite de la personalidad (15-17). Algunos modelos han incorporado programas de 12 pasos, como el de Comedores Compulsivos Anónimos, el cual ha demostrado su utilidad en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (18). Cada vez se descubren más indicios de que la espiritualidad es un factor importante pero subestimado en el proceso prolongado de la recuperación completa de un trastorno de la conducta alimentaria (19-23) y los programas de tratamiento integral bien harían en reconocer estas observaciones.

Bibliografía

1. Keel PK, Haedt A, Edler C. Purging disorder: an ominous variant of bulimia nervosa? Int J Eat Disord 2005;38:191-9.
2. Keel PK, Wolfe BE, Liddle RA et al. Clinical features and physiological response to a test meal in purging disorder and bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry 2007;64:1058- 66.
3. Brewerton TD, Dansky BS, O'Neil PM et al. Relationship between "purging disorder" and crime victimization in the National Women's Study. Presented at the 2004 International Conference on Eating Disorders, Orlando, April 2004.
4. Gowers S, Green L. Models of service delivery. In: Jaffa T, McDermott B (eds). Eating disorders in children and adolescents. Cambridge: Cambridge University Press, 2006:248-59.
5. Brewerton TD. Eating disorders, victimization and PTSD: principles of treatment. In: Brewerton TD (ed). Clinical handbook of eating disorders: an integrated approach. New York: Dekker, 2004:509-45.
6. Brewerton TD. Psychological trauma and eating disorders. Rev Eat Disord 2005;1: 137-54.
7. Brewerton TD. Eating disorders, trauma and comorbidity: focus on PTSD. Eat Disord 2007;15:285-304.
8. Russell GF, Szmukler GI, Dare C et al. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry 1987;44:1047-56.
9. Eisler I, Dare C, Russell GF et al. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. Arch Gen Psychiatry 1997;54:1025-30.
10. Lock J, Couturier J, Agras WS. Comparison of long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2006; 45:666-72.
11. Hart S, Field T, Hernandez-Reif M et al. Anorexia nervosa symptoms are reduced by massage therapy. Eat Disord 2001;9:289-99.
12. Field T, Schanberg S, Kuhn C et al. Bulimic adolescents benefit from massage therapy. Adolescence 1998;33:554-63.
13. Douglass L. Yoga as an intervention in the treatment of eating disorders: does it help? Eat Disord 2009;17:126-39.
14. Javnbakht M, Hejazi Kenari R, Ghasemi M. Effects of yoga on depression and anxiety of women. Complement Ther Clin Pract 2009;15:102-4.

15. Palmer RL. Birchall H. Damani S et al. A dialectical behavior therapy program for people with an eating disorder and borderline personality disorder - description and outcome. Int J Eat Disord 2003;33:281-6.
16. Safer DL, Telch CF, Agras WS. Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. Am J Psychiatry 2001;158:632-4.
17. Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. J Consult Clin Psychol 2001;69: 1061-5.
18. Wasson DH, Jackson M. An analysis of the role of Overeaters Anonymous in women's recovery from bulimia nervosa. Eat Disord 2004;12:337-56.
19. Berrett ME, Hardman RK, O'Grady KA et al. The role of spirituality in the treatment of trauma and eating disorders: recommendations for clinical practice. Eat Disord 2007;15:373-89.
20. Espindola CR, Blay SL. Anorexia nervosa treatment from the patient perspective: a metasynthesis of qualitative studies. Ann Clin Psychiatry 2009;21:38-48.
21. Marsden P, Karagianni E, Morgan JF. Spirituality and clinical care in eating disorders: a qualitative study. Int J Eat Disord 2007; 40:7-12.
22. Matusek JA, Knudson RM. Rethinking recovery from eating disorders: spiritual and political dimensions. Qual Health Res 2009;19:697-707.
23. Richards PS, Berrett ME, Hardman RK et al. Comparative efficacy of spirituality, cognitive, and emotional support groups for treating eating disorder inpatients. Eat Disord 2006;14:401-15.

El entorno de los trastornos de la conducta alimentaria

Moria Golan

Shahaf Community Services for Eating Disorders, Tel-Hai Academic College, Upper Galilee and Hebrew University of Jerusalem, Israel

K. Halmi ofrece una reseña exhaustiva y estimulante de los principales elementos de los servicios para los trastornos de la conducta alimentaria. Además de tales elementos y reconociendo la repercusión que tienen en los resultados del tratamiento las intensas reacciones de contratransferencia que se activan al tratar los trastornos de la conducta alimentaria, un sistema de supervisión es una parte muy decisiva de tales servicios.

En una muestra de 225 residentes de psiquiatría canadienses, por ejemplo, un 28% comunicó que habían observado actitudes negativas de los compañeros residentes, el personal de enfermería, los médicos u otro personal sanitario hacia los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (1). En una muestra de 90 psicoterapeutas, un 31% indicó que no deseaban tratar a los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (2). Estas reacciones surgieron de múltiples fuentes, entre ellas, los antecedentes de los psicoterapeutas y los pacientes y sus características personales, así como la activación de procesos intrapsíquicos e interpersonales como identificación, rechazo, competencia, verificación, identificación proyectiva, desdoblamiento o procesos paralelos (3).

El trabajar con pacientes que tienen trastornos de la conducta alimentaria produce todos los efectos que a menudo se asocian a la fatiga crónica del personal sanitario que brinda el tratamiento, como la pérdida del estímulo y la motivación y la presentación del agotamiento mental, físico y emocional. Además, el personal sanitario comunica modificaciones en los hábitos de alimentación, la imagen corporal y la apariencia y presta más atención a los alimentos y la salud física cuando trabaja con pacientes que tienen trastornos de la conducta alimentaria (4, 5).

Todos los psicoterapeutas tienen dificultades en ocasiones con respuestas emocionales que pueden ser creativas o destructivas hacia sí mismos o hacia sus pacientes. En consecuencia, es decisivo un entorno de supervisión sensible en el que los terapeutas reciban una «tutoría satisfactoria» para curar sus «heridas» y los supervisores posean una amplia gama de destrezas y cualidades personales que les permitan aventurarse a situaciones incómodas con quienes supervisan (6).

Asimismo, un papel evidente del entorno terapéutico es que sirva de medio de apoyo en el cual se pueda estimular al personal a utilizar los sentimientos de contratransferencia como un canal para la introspección y para develar los cimientos de sus propios sentimientos. El entorno terapéutico debe convertirse en un ambiente que brinde oportunidades que faciliten nuevos patrones de pensamientos, sentimientos y acciones, y también para la expresión y la exploración de patrones y motivaciones antiguos (4). Las intervenciones en el entorno deben interrumpir el círculo vicioso de la transformación malévola en el que la necesidad percibida de ternura en relación con el paciente automáticamente despierta la evocación de la ansiedad o el dolor por parte del terapeuta. A través de la interpretación apropiada de actitudes y conductas con sus apuntalamientos transferenciales y contratransferenciales, el personal del entorno puede crear un ambiente que mantenga a raya los fenómenos negativos y ofrezca alternativas más saludables para la expresión de sentimientos intensos y a la vez válidos (7).

K. Halmi señala que «un psiquiatra debería ser el coordinador de este equipo multidisciplinario». Cuando se trata de servicios de consultas externas, puede aducirse que si bien «los trastornos de la conducta alimentaria exigen tratar diversos estados», el tratamiento en tales casos es un campo en el cual los que tienen habilidades terapéuticas más apropiadas son los más adecuados para la función de coordinador.

La gestión del servicio para los trastornos de la conducta alimentaria implica hacer frente a las exigencias acumuladas y a la sobrecarga emocional que afrontan los pacientes, las familias y el personal. Por consiguiente, el coordinador debe tener, además de las destrezas clínicas, excelentes habilidades interpersonales y para las relaciones, la capacidad para acordar y discutir los planes de tratamiento con los médicos responsables, la capacidad para vincularse con organismos sociales y colaborar con ellos de una manera cooperadora y utilizar los procedimientos de supervisión, de revisión con los colegas y de comunicación sucinta de los aspectos clínicos y los relacionados con el personal.

Estas habilidades se adquieren principalmente a través de la intuición y la experiencia más que mediante una formación profesional específica. No obstante, el psiquiatra desempeña un papel decisivo para brindar una valoración psiquiátrica y el tratamiento farmacológico y funge como asesor para los psicoterapeutas lo mismo que para los pacientes.

El statu quo de los servicios para los trastornos de la conducta alimentaria es que muchos son dirigidos por profesionales que no son psiquiatras. En Israel, tres de los cinco centros sociales para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria son dirigidos por trabajadores sociales u otro personal sanitario y sus servicios están bien establecidos y prosperando.

Cawley (8), al analizar la formación del psiquiatra en el siglo XXI, expresó su punto de vista: «¿Quién debe dirigir y quién debe seguir? Nadie puede ganar

en esta clase de contexto. Las cuestiones sobre responsabilidad y rendición de cuentas son complejas, pero seguramente pueden resolverse cuando los miembros del equipo reconocen su propósito y fortaleza colectivos y se mantienen al tanto de lo débiles que son sus esfuerzos si no están integrados».

No es de la pertinencia de este comentario analizar la cuestión de la psicoterapia para los trastornos de la conducta alimentaria. No obstante, me parece que los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, sobre todo los que tienen dificultades para la autorregulación y la comunicación verbal, pueden beneficiarse más cuando se utilizan herramientas proyectivas. A menudo la capacidad de nuestros pacientes para beneficiarse de la psicoterapia verbal es insatisfactoria debido a las deficiencias de la función reflexiva, la naturaleza pasiva agresiva de los síntomas y porque los pacientes pueden quedar atrapados en el simbolismo corporal concreto (9).

Es más, muchos pacientes utilizan la racionalización y algunos son muy verborreicos, lo que distrae del conflicto real. La psicoterapia de arte, la psicoterapia de biorrealimentación y otras psicoterapias no verbales pueden ser mejores, principalmente en los primeros pasos del tratamiento, para resolver el malestar psicológico e interiorizar la autorregulación más que la simple psicoterapia cognitiva conductual.

En conclusión, para evitar la «puerta giratoria» en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en una clínica de consultas externas, la melodía puede ser más importante que la letra en sí. De qué manera los médicos reaccionan y cómo enfocan la enfermedad y a los pacientes (y a sus familias) es el componente más valioso del programa. La dificultad radica en mantener un control estricto del trastorno de la conducta alimentaria y cuidar al paciente.

Bibliografía

1. Williams M, Leichner P. More training needed in eating disorders: a time cohort comparison study of Canadian psychiatry residents. Eat Disord 2006;14:323-34.
2. Burket RC, Schramm LL. Therapists' attitudes about treating patients with eating disorders. South Med J 1995;88:813-8.
3. Golan M, Yeruslavski A, Stein D. Managing eating disorders – Countertransference and other dynamic processes in the therapeutic milieu. Int J Child Adolesc Health (in press).
4. Shisslak CM, Gray N, Crago M. Health care professionals' reactions to working with eating disorders patients. Int J Eat Disord 1989;8:689-94.
5. Warren SC, Crowley ME, Olivardia R et al. Treating patients with eating disorders: an examination of treatment providers' experiences. Eat Disord 2009;17:27-45.
6. Hawkins P, Shohet R. Supervision in the helping professions. Buckingham: Open University Press, 2000.
7. Wheeler S. What shall we do with the wounded healer? The supervisor's dilemma. Psychodynamic Practice 2007;13:245-56.
8. Cawley RH. Educating the psychiatrist of the 21st century. Br J Psychiatry 1990;157: 174-81.
9. Skarderud F. Eating one's words, Part I: 'Concretised metaphors' and reflective function in anorexia nervosa. Eur Eat Disorders Rev 2007;15:163-74.

Enfoque terapéutico en los trastornos de la conducta alimentaria: el trasfondo biológico

Palmiero Monteleone, Francesca Brambilla

Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy

Hay mucha incertidumbre en torno a la respuesta de los trastornos de la conducta alimentaria al tratamiento. Esto se debe en parte al hecho de que no sólo sus bases etiológica y patogénica, sino también su clasificación, prevalencia, evolución, trastornos concomitantes y pronóstico, continuamente son objeto de nuevas evaluaciones y definiciones. Los trastornos de la conducta alimentaria son la expresión de anomalías psicológicas y físicas y cada uno de estos componentes ha prevalecido de vez en cuando y de estudio en estudio, orientándose hacia diferentes diagnósticos y respaldando diversos tratamientos.

En la actualidad el componente psicológico se considera la parte central de los trastornos de la conducta alimentaria, en tanto que el componente físico se considera sólo una consecuencia de las conductas alimentarias anómalas. Sin embargo, en cierto grado esto es discutible pues algunas alteraciones físicas intervienen en el desarrollo de determinados aspectos psicopatológicos y contribuyen a su mantenimiento, pronóstico y respuesta a los tratamientos.

A su vez, factores genéticos, biológicos, temperamentales y familiares-sociales se han considerado como las causas primarias de la patogenia de los trastornos de la conducta alimentaria, pero probablemente son efectivos sólo cuando actúan en conjunto como una concurrencia de causas (1-4). Esto plantea algunas preguntas interesantes sobre el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: ¿Qué factores etiopatógenos debemos confrontar en nuestros tratamientos? ¿Cuáles deberíamos abordar en primera instancia? ¿O deberíamos hacer frente a todos ellos en forma simultánea? Lamentablemente, por el momento no tenemos una respuesta definitiva a estas interrogantes.

K. Halmi describe lo que puede considerarse en la actualidad el enfoque óptimo para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. ¿Por qué los resultados de este enfoque no son previsibles y no siempre satisfactorios? Una causa podría ser que no sabemos con exactitud qué alteraciones biológicas del cerebro se presentan en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria durante las fases sintomáticas de su enfermedad, después de la recuperación o cuando el trastorno se vuelve crónico. Se han comunicado alteraciones de los neurotransmisores centrales en grupos pequeños de pacientes con disminución de la serotonina, la noradrenalina y el factor neurotrófico derivado del cerebro y aumento de la producción del neuropéptido Y y el endocanabinoide en la anorexia nerviosa y en algunos casos de bulimia nerviosa (5-7). Al igual que en el caso de la dopamina, los datos son contradictorios y revelan una hiposecreción o una hipersecreción de las aminas en la anorexia nerviosa y una hipersecreción o una normosecreción en la bulimia nerviosa (8, 9). Sin embargo, todos estos cambios reflejan valores medios de los grupos de estudio. No sabemos si estas alteraciones se presentan en todos los pacientes o están circunscritas a algunos de ellos, y son la causa del pronóstico de los trastornos de la conducta alimentaria o de algunos aspectos de la psicopatología que caracterizan a los subgrupos de los pacientes. Por el momento, no contamos con datos suficientes para resolver este problema,

pero la posible variabilidad bioquímica de un paciente a otro o de un momento a otro durante la evolución de la enfermedad puede ser uno de los motivos de las respuestas relativamente variables e imprevisibles a los tratamientos (10).

Asimismo, algunas de las alteraciones de los neurotransmisores todavía persisten mucho tiempo después de la recuperación de los trastornos de la conducta alimentaria y posiblemente son causa de recaídas y de cronicidad. En zonas cerebrales específicas se ha observado el aumento de los receptores 5-HT2A en la anorexia y la bulimia nerviosa así como la reducción de los receptores 5-HT1A y el aumento de la fijación de receptores D2/D3 en la anorexia nerviosa un año después de la recuperación; se ha señalado que una hiperactividad central de la serotonina o de la dopamina, o de las dos a la vez, podría representar un rasgo biológico de vulnerabilidad a los trastornos de la conducta alimentaria, que necesita corregirse para evitar las recaídas o las recidivas (o ambas) (11-13). Hasta el momento no se ha llevado a cabo ningún estudio psicofarmacológico específico para verificar esta hipótesis.

Como señala Halmi en un editorial reciente (14): «Es improbable que dispongamos de un tratamiento previsiblemente eficaz para la anorexia nerviosa (y, nos parece, también para otros trastornos de la conducta alimentaria) hasta que descifremos los mecanismos neurobiológicos que facilitan y mantienen el trastorno».

Bibliografía

1. Gillberg C, Rastman M. The etiology of anorexia nervosa. In: Hoek HW, Treasure JL, Katzman MA (eds). Neurobiology in the treatment of eating disorders. Chichester: Wiley, 1998:127-41.
2. Palmer RL. The aetiology of bulimia nervosa. In: Hoek HW, Treasure JL, Katzman MA (eds). Neurobiology in the treatment of eating disorders. Chichester: Wiley, 1998: 143-59.
3. Keel PK, Klump KL, Miller KB et al. Shared transmission of eating disorders and anxiety disorders. Int J Eat Disord 2005;38:99-105.
4. Bulik C, Sullivan P, Tozzi F et al. Prevalence, heritability and prospective risk factors for anorexia nervosa. Arch Gen Psychiatry 2006;63:305-12.
5. Brambilla F, Cavagnini F, Invitti C et al. Alpha- 2-adrenoceptor sensitivity in anorexia nervosa: GH responses to clonidine or GHRH stimulation. Biol Psychiatry 1989; 25:256-64.
6. Kaye WH, Frank GK, Meltzer GC et al. Altered serotonin 2A receptor activity in women who have recovered from bulimia nervosa. Am J Psychiatry 2001;158:1152-5.
7. Monteleone P, Castaldo E, Maj M. Neuroendocrine dysregulation of food intake in eating disorders. Regulat Peptides 2008;149:39-50.
8. Kaye WH, Frank GK, McConaha C. Altered dopamine activity after recovery from restricting-type anorexia nervosa. Neuropsychopharmacology 1999;21:503-6.
9. Brambilla F, Bellodi L, Arancio C et al. Central dopaminergic function in anorexia nervosa - a psychoneuroendocrine approach. Psychoneuroendocrinology 2001;26:393-410.
10. Bulik CM, Brownley KA, Shapiro JR. Diagnosis and management of binge eating disorder. World Psychiatry 2007;6:142-8.
11. Frank GK, Bailer UF, Henry SE et al. Increased dopamine D2/D3 receptor binding after recovery from anorexia nervosa. Am J Psychiatry 2005;58:908-12.
12. Bailer UF, Frank GK, Henry SE et al. Altered brain serotonin 5HT1A receptor binding after recovery from anorexia nervosa measured by positron emission tomography and [Carbonyll 1C] WAY-100635. Arch Gen Psychiatry 2005;62:1032-41.
13. Bailer UF, Frank GK, Henry SE et al. Exagerated 5HT1A but normal 5HT2A receptor activity in individuals ill with anorexia nervosa. Biol Psychiatry 2007;61:1090-9.
14. Halmi KA. The perplexities of conducting randomized, double-blind, placebo-controlled treatment trials in anorexia nervosa patients. Am J Psychiatry 2008;165:1227-8.

Reflexión a propósito del tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria

Toshihiko Nagata

Department of Neuropsychiatry, Osaka City University Graduate School of Medicine, 1-4-3 Asahimachi, Abunoku, Osaka 545-8585, Japan

K. Halmi proporciona un resumen excelente de los avances recientes en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. No hay dudas en torno a la utilidad de las unidades estructuradas que atienden a personas con anorexia nerviosa ni sobre la psicoterapia cognitiva conductual (PTCC) para el tratamiento de la bulimia nerviosa.

En las unidades clínicas estructuradas se necesita un equipo multidisciplinario (multidimensional) que comprenda enfermeras, nutricionistas y psicólogos, lo mismo que trabajadores sociales y psicoterapeutas familiares. Sin embargo, este personal experimentado sólo puede reclutarse en ámbitos donde la calidad de nuestra especialidad es excelente. Incluso en los hospitales universitarios suele ocurrir que el personal de enfermería es transferido periódicamente a otros servicios, de manera que resulta difícil conservar enfermeras bien capacitadas. Además, casi todas las unidades psiquiátricas son generales y no siempre es fácil establecer una unidad o subunidad especializada. Por otra parte, un programa de tratamiento ambulatorio intensivo o de tratamiento residencial no puede reemplazarse con una unidad estructurada. Todos ellos deben ser parte de un servicio integral.

La PTCC en los pacientes que muestran conducta de atracones y purgas con un peso corporal dentro de una escala normal se ha vuelto lo habitual. Sin embargo, hay muchas personas que no responden al tratamiento o que lo abandonan prematuramente. La mayoría de los pacientes con trastornos crónicos de la conducta alimentaria ya han experimentado la ineficacia de la PTCC durante su largo historial de la enfermedad y no mejoran mediante las entrevistas motivacionales a corto plazo. La psicoterapia transdiagnóstica y la PTCC intensificada han demostrado resultados favorables (1), pero aun no se ha documentado que sean más eficaces que la PTCC habitual en situaciones clínicas ordinarias.

Los trastornos de la conducta alimentaria se originan como una forma en que los pacientes tratan de escapar de sus problemas. Al hacer frente a estos trastornos potencialmente letales debemos ser reflexivos (2,3), honestos y tener presentes nuestras limitaciones. Las unidades estructuradas y la PTCC intensificada procuran modificar rápidamente las conductas o los patrones de pensamiento, pero los pacientes crónicos suelen ser en extremo inflexibles y el cambio es lento. El «judo» psicológico en las entrevistas motivacionales se enfoca en «el momento de inercia» de los pacientes para modificar más que confrontar su inexorable búsqueda de adelgazamiento.

En Asia, la relación entre madre e hija es más cercana que en los países occidentales. Aun así, porcentajes similares de personas con trastornos de la conducta alimentaria son impulsivas (4) y la mayoría tiene apoyo familiar. El apoyo familiar es una espada de doble filo (conlleva riesgos de intromisión y manipulación), pero existe la posibilidad de que la familia sea verdaderamente útil.

El tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria siempre es problemático. Sin embargo, el utilizar un enfoque de mano dura hará que los pacientes sean más rígidos.

Como psiquiatras que atendemos a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria no deberíamos dar un tratamiento intensivo sino más bien compartir nuestros conocimientos de las experiencias dolorosas de los pacientes y la esperanza de recuperación. Es importante idear un sistema a pequeña escala que sólo un psiquiatra pueda coordinar, aun cuando sea difícil en diversos contextos.

Bibliografía

1. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA et al. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. Am J Psychiatry 2009;166:311-9.
2. Linehan MM, Hayes SC, Follette VM. Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive behavioral tradition. New York: Guilford, 2004.
3. Nhat Hanh T. Zen Keys. A guide to Zen practice. Paris: Seghers, 1973.
4. Nagata T, Kawarada Y, Kiriike N et al. Multi-impulsivity of Japanese patients with eating disorders: primary and secondary impulsivity. Psychiatry Res 2000;94:239-50.

La asistencia en los trastornos de la conducta alimentaria: tratamiento óptimo frente a mínimo

Manfred M. Fichter

Roseneck Hospital for Behavioral Medicine affiliated with the University of Munich, D-83209 Prien, Germany

Como señala K. Halmi, la anorexia nerviosa es *el* trastorno psiquiátrico de personas jóvenes y conlleva la tasa de mortalidad más elevada. Aunque las tasas de mortalidad por anorexia nerviosa comunicadas en 1997 por Harris y Barrowclough (1) todavía son correctas, los datos que presentaron para la bulimia nerviosa y el trastorno por atracones se basaron en muy pocos casos. Según una serie de casos más numerosa y reciente, la tasa de mortalidad (porcentajes brutos) en los pacientes tratados de bulimia nerviosa es de un 2,04% y la del trastorno por atracones es del 2,94%, en tanto que la tasa de mortalidad por anorexia nerviosa es de un 7,7% en el curso de 12 años (2-4). Los factores que contribuyen a estas elevadas tasas de mortalidad, sobre todo en la anorexia nerviosa, son la negación de la enfermedad, el secretismo de los síntomas y la resistencia al tratamiento, los cuales siguen representando un reto para la conceptuación satisfactoria y la implementación de servicios integrales para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

K. Halmi hace hincapié acertadamente en que hay una escasez de estudios aleatorizados comparativos basados en datos científico-estadísticos que sirvan de base para poder recomendar los principales elementos de un servicio integral para la atención de los trastornos de la conducta alimentaria. Se ha recomendado un enfoque asistencial escalonado, lo que significaría que cada paciente obtuviese el tratamiento *mínimo* necesario. Sin embargo, desde la perspectiva de un familiar cercano o amigo, se recomendaría más bien condiciones de tratamiento *óptimas*. Al abogar por los métodos asistenciales escalonados, a veces se ha olvidado que cuanto más intenso es el tratamiento al principio, menos posibilidades hay de que la evolución de la enfermedad sea crónica. Los estudios de seguimiento realizados por psiquiatras de niñas y adolescentes que trataron a pacientes anoréxicas a una edad más joven demostraron que los casos tratados en forma precoz e intensiva tienen un pronóstico mucho más favorable que los tratados por psiquiatras en servicios de atención a adultos con trastornos de la conducta alimentaria (5). Los psiquiatras en los servicios para adultos a menudo tratan casos que se han vuelto crónicos y no han recibido el tratamiento oportuno o lo han rechazado.

Entre los diversos países del mundo hay diferencias importantes en los servicios médicos y psicoterapéuticos para los trastornos de la conducta alimentaria. En algunos países están muy restringidos los servicios de hospitalización. En muchos países una gran proporción de la población no tiene seguro de salud (adecuado). A menudo las sumas de dinero que las compañías de seguro o los gobiernos destinan a los servicios de salud para los trastornos de la conducta alimentaria son insuficientes, sobre todo en comparación con las destinadas a trastornos con apoyo más activo, como diabetes, cáncer e hipertensión. En muchos países, los trastornos de la conducta alimentaria se consideran tangenciales al campo de la psiquiatría y no son parte de su principal dominio.

No obstante, en los últimos decenios el número y la calidad de los servicios para la atención de los trastornos de la conducta alimentaria han mejorado en los países industrializados y la pertinencia e importancia de estos trastornos y su tratamiento cada vez ha sido aceptado más por el lego y los profesionales. Se han constituido servicios integrales especializados para tratar a los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y por lo general ofrecen tratamientos centrados en el propio trastorno de la conducta alimentaria (temores a la madurez, distorsiones de la imagen corporal, ansiedad relacionada con el consumo de alimentos y el aumento de peso), a la asesoría nutricional y la preparación en las habilidades sociales. A menudo también ofrecen tratamientos especializados centrados en los trastornos concomitantes como son el trastorno límite de la personalidad (psicoterapia dialéctico-conductual), la depresión, la ansiedad social y las fobias. Suelen estar bien desarrolladas las redes de comunicación con los médicos generales y los grupos de autoayuda. En la actualidad se está evaluando el posible uso de los programas informáticos especializados como parte del servicio integral para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

Bibliografía

1. Harris E, Barrowclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. Br J Psychiatry 1997;170:205-28.
2. Fichter MM, Quadflieg N. Twelve-year course and outcome of bulimia nervosa. Psychol Med 2004;34:1395-406.
3. Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: relevance for nosology and diagnostic criteria. Int J Eat Disord 2008;41:577-86.
4. Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. Int J Eat Disord 2006;39:87-100.
5. Herpertz-Dahlmann B, Mueller B, Herpertz S et al. Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa - course, outcome, psychiatric comorbidity and psychosocial adaptation. J Child Psychol Psychiatry 2001;42:603-12.

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Continuum de estados mixtos depresivos y maníacos en los pacientes con trastorno bipolar: medición cuantitativa y manifestaciones clínicas

Alan C. Swann, Joel L. Steinberg, Marijn Lijffijt, F. Gerard Moeller

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Texas Medical School, 1300 Moursund Street, Houston, TX 77030, USA

Los estados bipolares mixtos combinan manifestaciones depresivas y maníacas, plantean dificultades diagnósticas y terapéuticas y reflejan una forma grave de la enfermedad. Los criterios del DSM-IV exigen el cumplimiento de síndromes depresivo y maníaco combinados para establecer el diagnóstico de un estado mixto, pero se ha descrito una gama clínica continua de estados mixtos. Sería útil una definición unificada de los estados mixtos para comprender su diagnóstico, mecanismo e implicaciones terapéuticas. Investigamos la manera en que las manifestaciones depresivas y maníacas se combinan para producir un continuum de estados mixtos. En 88 personas con trastorno bipolar (DSM-IV), valoramos los síntomas y las características clínicas y comparamos las definiciones de los estados mixtos con predominio de la depresión, con predominio de la manía y en otras definiciones publicadas. Ideamos un índice para determinar el grado en que los síntomas eran mixtos (índice de estado mixto, IEM) y caracterizamos su relación con el estado clínico. Los estados mixtos con predominio maníaco o depresivo, según los criterios de la bibliografía reciente, así como los estados mixtos kraepelinanos, conllevaron síntomas y calificaciones de IEM similares. La ansiedad se correlacionó significativamente con las calificaciones de la depresión en muchos pacientes y con las calificaciones de la manía en los deprimidos. El análisis discriminante de funciones relacionó los análisis mixtos con síntomas de hiperactividad y cogniciones negativas, pero no con un estado de ánimo deprimido o exaltado subjetivo. Las calificaciones del IEM elevadas se asociaron a una evolución grave de la enfermedad. Por lo que respecta a los episodios depresivos o maníacos, las características de los estados mixtos surgieron con dos síntomas de la polaridad opuesta. Este fue un estudio transversal. Los estados mixtos al parecer constituyen un continuum. Un índice del grado en el que se combinan los síntomas depresivos y maníacos al parecer es útil para identificar y caracterizar los estados mixtos. Proponemos como definición escueta de un trastorno mixto el episodio depresivo o maníaco que produce tres o más síntomas de la polaridad opuesta.

Palabras clave: Trastorno bipolar, depresión, manía, estados mixtos.

(World Psychiatry 2009;8:166-172)

Las manifestaciones depresivas y maníacas pueden combinarse durante el mismo periodo del trastorno bipolar. Los pacientes que son susceptibles a los estados mixtos pueden tener características clínicas, de evolución de la enfermedad y de respuesta al tratamiento que son diferentes a las de quienes no son susceptibles (1-4). No se ha logrado definir bien los estados mixtos y su relación con los síndromes depresivo y maníaco. Kraepelin planteó seis estados mixtos basados en combinaciones del afecto, pensamiento y comportamiento depresivos o maníacos que daban lugar a estados mixtos, los cuales podían conceptuarse como predominantemente depresivos o maníacos (5). Las formulaciones subsiguientes se enfocaron en la manía mixta, la cual consta de síntomas depresivos durante los episodios maníacos (3,6). El DSM-IV, por ejemplo, exige como requisito la combinación de depresión y manía sindrómicas para diagnosticar un estado mixto y considera que estos estados son una forma de manía (7).

La formulación de la manía mixta es problemática. En primer lugar, la realidad clínica al parecer es menos restrictiva que esta definición. Por ejemplo, sólo dos síntomas depresivos, no un estado mixto completo, pueden modificar la respuesta de tratamiento durante la manía (8). En segundo lugar, cada vez hay más pruebas de que los estados mixtos depresivos, en los que ocurren los síntomas maníacos durante un episodio predominantemente depresivo, tienen importancia clínica y es posible que tengan por lo menos la misma prevalencia que la manía mixta (9). Al igual que en los estados de predominio maníaco, los episodios de predominio depresivo exigen que sólo dos o tres síntomas maníacos tengan diferencias significativas en la evolución de la enfermedad y las características clínicas (10,11). Además de la combinación de los síntomas depresivos y maníacos, la ansiedad al parecer es un aspecto prominente de los estados mixtos (12). Los estados mixtos que son predominantemente depresivos o maníacos pueden tener características clínicas similares que son relevantes para la evolución de la enfermedad y la respuesta al tratamiento (13).

Hemos comunicado que, durante los episodios depresivos bipolares, las exacerbaciones de la gravedad de la evolución de la enfermedad, la impulsividad y las complicaciones como traumatismo craneal, toxicomanías y tentativas de suicidio surgieron con grados moderados de síntomas maníacos (11). Si se presentasen síntomas maníacos incluso leves, los episodios depresivos serían sustancialmente diferentes a los carentes de síntomas maníacos en la evolución de la enfermedad y la historia clínica. Las características de los pacientes con manías mixtas o depresiones mixtas indican que los estados mixtos tienen una continuidad sintomática con los estados depresivos y maníacos, pero sus características se relacionan con una evolución más grave de la enfermedad. Por consiguiente, la susceptibilidad a los estados mixtos puede ser un rasgo característico de un subgrupo de pacientes con trastorno bipolar grave (4,14-16). Por ejemplo, las personas con episodios mixtos en las primeras etapas de la evolución de la enfermedad tuvieron una prevalencia más alta de tentativas de suicidio grave que las personas con trastorno bipolar (17,18).

En el presente informe comunicamos la manera en la que combinaciones de síntomas depresivos y maníacos producen un continuum de estados mixtos. Las principales hipótesis del

estudio fueron las siguientes: a) las manifestaciones clínicas de los estados mixtos se relacionarían con la gravedad de los síntomas maníacos en los individuos deprimidos y los síntomas de depresión en los individuos maníacos; b) el grado en el cual se mezclaran los episodios podría medirse en forma cuantitativa e independiente de los síntomas depresivos o maníacos específicos, y c) los síntomas depresivos o maníacos específicos, en relación con la activación, se asociarían a estados mixtos.

MÉTODOS

Sujetos

Los sujetos estudiados fueron pacientes ambulatorios que cumplían con los criterios del DSM-IV para el trastorno bipolar I o II (7). Antes que participaran en el estudio, se les proporcionó información detallada y se obtuvo su consentimiento informado por escrito. El estudio fue analizado y aprobado por el Committee for the Protection of Human Subjects, del Institutional Review Board del Health Science Center de la University of Texas en Houston. Los pacientes fueron incorporados para abarcar una amplia gama de síntomas y representaban estados eutímicos (n = 19, media de edad 36,0 ± 12,3 años), estados maníacos según el DSM-IV (n = 23, edad 32,2 ± 9,7 años), depresivos según el DSM-IV (n = 28, edad 38,2 ± 9,5 años) y estados mixtos (definidos como los que cumplían con los criterios sintomáticos del DSM-IV para estados depresivos y maníacos) (n = 18, edad 36,6 ± 6,0 años). La edad no fue diferente entre los grupos de sujetos ($F[3,84] = 1,4$, $p = 0,25$).

Los pacientes estaban recibiendo uno o más fármacos como tratamiento, entre ellos litio (n = 7), anticonvulsivos (n = 44; predominantemente valproato y/o lamotrigina), antipsicóticos atípicos (n = 15), o antidepresivos (n = 31). Diecisiete personas no estaban recibiendo tratamiento psicofarmacológico, 30 estaban recibiendo sólo una clase de fármacos, 26 estaban recibiendo dos clases de fármacos y cinco estaban recibiendo tres o más clases de fármacos. El número de fármacos no se relacionó con el tipo de episodio ($X2$ [9 df] = 5,3, $p = 0,8$). Se estudió a los sujetos cuando no se habían modificado los tratamientos específicos y no se habían modificado las dosis en más de un 20% durante los siete días previos. La participación en el estudio no tuvo ninguna influencia en las decisiones de tratamiento.

Medidas diagnósticas, conductuales y sintomáticas

Los diagnósticos se establecieron utilizando la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID) (19) y se confirmaron en reuniones para consenso diagnóstico. Los síntomas de depresión, manía, ansiedad y psicosis se midieron utilizando la versión modificada del Esquema para los Trastornos Afectivos y la Esquizofrenia (SADS-C), que se concibió para medir estos dominios sintomáticos en forma concomitante (20). Según se indicó en estudios previos, se redujeron las calificaciones en una unidad de manera que los síntomas tuvieron una calificación 0 cuando no se presentaban, en vez de 1 (8). Se capacitó al personal, utilizando materiales de vídeo para capacitación estándar en el SCID y el SADS-C. Los criterios mixtos según el DSM-IV se definieron como los sujetos que cumplían con todos los criterios sintomáticos para los episodios maníacos y depresivos mayores. Se calificaron los síntomas como presentes si habían tenido una puntuación mínima de 2 en el SADS-C modificado (leve pero definitivamente presente; equivalente a 3 en el instrumento original).

Para los fines de identificar los individuos con estados depresivos o maníacos mixtos putativos, excluimos los apartados de la escala de valoración del SADS-C que, de una manera circular, podrían estar relacionados con la polaridad opuesta nominal. Los apartados sobre aspectos de la depresión que se utilizaron fueron depresión subjetiva, preocupación, remordimiento y culpa, valoración negativa de sí mismo, desesperanza, ideas o comportamientos suicidas, anhedonia, fatiga y retraso psicomotor. Se excluyeron los apartados posiblemente relacionados con manía, como trastornos del sueño, agitación, ira subjetiva u objetiva o irritabilidad. Los apartados sobre la manía fueron ánimo exaltado, menos necesidad de sueño, aumento de la energía, ira manifiesta, actividad orientada a metas, ideas de grandeza, hiperactividad visible, hablar acelerado, aceleración de ideas y criterio deficiente. No se utilizaron las calificaciones de factores relacionados con la ansiedad y la psicosis para identificar a los sujetos con estados mixtos por contraposición a no mixtos.

Se definió a los sujetos como eutímicos si no cumplían con los criterios del DSM-IV para los episodios depresivos o maníacos en curso y no habían tenido ningún episodio depresivo, hipomaníaco o maníaco en tres meses al menos. Los sujetos «deprimidos» o «maníacos» fueron los que cumplieron los criterios para un episodio depresivo o maníaco, independientemente de los síntomas concomitantes de la otra polaridad; los sujetos cuyos criterios umbral de síntomas de polaridad opuesta fueron menos relevantes se designaron como «no mixtos». Un estado mixto de predominio deprimido, DM3, se definió como el cumplimiento de los criterios para un episodio depresivo y la manifestación de tres o más síntomas maníacos, lo que corresponde a la categoría MX3 de Benazzi (9). Un estado de predominio maníaco se definió, basándose en nuestros datos sobre la respuesta al tratamiento, como un episodio maníaco con un mínimo de tres síntomas depresivos, que se designará aquí como MD3 (8). Dada la falta de datos definitivos del SADS-C sobre la duración de los síntomas específicos, no se puede tener la certeza de cuáles de estas personas cumplían los criterios del DSM-IV para un estado mixto.

Análisis de datos

Se verificó la normalidad de las distribuciones; si se desviaban de lo normal, se utilizaron los métodos no paramétricos apropiados normales. En los análisis estadísticos se utilizó la regresión estándar y el análisis de los procedimientos de varianza, o sus análogos no paramétricos, según se describió en el texto. Para las correlaciones de las variables cuyas distribuciones no fueron normales, se utilizó el coeficiente tau de Kendall, pues se demostró que equilibraba la potencia y el control del error de tipo 1 con más eficacia que los coeficientes de correlación de Pearson o de Spearman (21). La significación de las diferencias entre los coeficientes de correlación estándar se determinó utilizando la transformación r-z de Fischer (22).

Se calculó el grado en el que un episodio era mixto utilizando el producto de las calificaciones de depresión y manía y aplicando la transformación z. A éste se le designó como el

Tabla 1. Gravedad de los síntomas en estados mixtos de predominio depresivo o maníaco

Calificación en el SADS-C	Maniacos (n)		Depresivos (n)	
	No mixto (n = 17)	MD3 (n = 24)	No mixtos (n = 27)	DM3 (n = 19)
Manía	18,8 ± 7,0	17,4 ± 6,9	4,1 ± 2,5	17,5 ± 7,7*
Depresión	8,1 ± 4,7	20,8 ± 7,4**	23,9 ± 5,1	23,7 ± 7,3
Ansiedad	7,4 ± 4,0	11,2 ± 3,8***	9,7 ± 3,9	12,0 ± 3,8****
Psicosis	2,2 ± 2,2	3,3 ± 2,5	2,7 ± 1,9	3,6 ± 2,5

SADS-C, Esquema para los Trastornos Afectivos y de Esquizofrenia; Versión de cambio; MD3, manía con un mínimo de tres síntomas depresivos; DM3, depresión con un mínimo de tres síntomas maníacos.
Significación de la diferencia según la prueba de la t de Student: *t(df = 44) = 8,4, p < 10-6; **t(df = 39) = 6,2, p < 10-6; ***t (df = 39) = 3,0, p = 0,005; ****t(df = 44) = 2,0, p = 0,058

Índice de Estado Mixto (IEM). El IEM está elevado si tanto la calificación de la depresión como la de la manía están elevadas, pero bajo si cualquiera de las dos está baja (aun cuando la otra esté elevada). Se utilizó la transformación z para reducir el sesgo de cualquier diferencia en los valores numéricos entre las calificaciones de la depresión y la manía (las calificaciones de la depresión fluctuaron de 0 a 36, media 15,3 ± 9,4; las calificaciones de la manía fluctuaron de 0 a 37, media 10,8 ± 8,6). El valor absoluto de la calificación mínima de la depresión o la manía con transformación z para todos los individuos se añadió a la calificación con transformación z para cada individuo de manera que todas las calificaciones serían números no negativos.

RESULTADOS

Manía mixta y depresión mixta

El DSM-IV define estado mixto como el que cumple todos los criterios para un episodio maníaco y depresivo mayor, por lo menos durante una semana. Sin embargo, las descripciones de los estados mixtos en la bibliografía comprenden la depresión predominante con manía subsindrómica (9) y la manía predominante con depresión subsindrómica (8). En la tabla 1 se comparan los síntomas psiquiátricos en personas que experimentan un episodio depresivo con tres o más síntomas maníacos (DM3) (9) y pacientes que experimentan episodios maníacos con un mínimo de tres síntomas depresivos (MD3) (8). Las calificaciones de ansiedad se correlacionaron positivamente con las calificaciones de manía en los sujetos deprimidos (r = 0,427, n = 46, p = 0,003) y con las calificaciones de depresión en los sujetos maníacos (r = 0,671, n = 41, p = 0,001). Los estados mixtos definidos como predominantemente depresivos o maníacos tuvieron en términos generales una gravedad de los síntomas idéntica.

Tabla 2. Calificación del Índice de Estado Mixto (IEM) y estado clínico

	Grupo (n)	IEM (media ± DE)
Eutímicos (n = 19)		0,58 ± 0,53
Deprimidos	No mixtos (n = 27)	1,53 ± 0,88
	DM3 (n = 19)	6,84 ± 4,36
Maniacos	No mixtos (n = 17)	2,27 ± 1,57
	MD3 (n = 24)	6,15 ± 4,10
Mixtos (DSM-IV) (n = 17)		6,83 ± 4,55

MD3, manía con un mínimo de tres síntomas depresivos; DM3, depresión con un mínimo de tres síntomas maníacos.

Los pacientes con DM3 o MD3, analizados por separado, no fueron diferentes de aquellos con depresión o manía no mixta correspondientes por lo que respecta a género sexual (prueba exacta de Fisher = 0,52 y 0,23, respectivamente). Sin embargo, en los individuos con DM3 o MD3 hubo una mayor proporción de mujeres que en los deprimidos o maníacos que no tenían un estado mixto (mujeres: 7 sin estados mixtos y 15 con estados mixtos; hombres: 26 sin estados mixtos y 17 con estados mixtos; prueba exacta de Fisher = 0,028). Esto confirma los informes previos de que los pacientes con trastornos mixtos ampliamente definidos tienen más posibilidades de ser mujeres (3,23).

Ha habido muchas definiciones alternativas sobre los estados mixtos. Investigamos dos estados mixtos kraepelinianos (5) que pueden considerarse como variantes de la depresión mixta (24): depresión con fuga de ideas (sujetos que tienen episodios depresivos y que también tenían fuga de ideas y aceleración de ideas definidas en el SADS-C) y depresión exaltada (episodio depresivo con hiperactividad en el SADS-C). Estos sujetos esencialmente eran idénticos en cuanto a la gravedad de la depresión, la manía, la ansiedad y la psicosis a los sujetos con DM3 o MD3 que se presentan en la tabla 3. Enseguida, analizamos a los pacientes con un mínimo de tres síntomas depresivos y un mínimo de tres síntomas de manía independientes, sin el requisito de cumplir con un episodio depresivo o hipomaníaco/maníaco completo. Estos (n = 32) tampoco fueron diferentes a los descritos en la tabla 2 por lo que respecta a las características clínicas (datos disponibles para los interesados).

Un índice de estado mixto: correlaciones clínicas

El grado en que un episodio es mixto puede expresarse como el grado en que se presenta depresión y manía a la vez. Como se define en el apartado sobre métodos, utilizamos el producto de las calificaciones de depresión y manía con transformación z como un índice para designar en qué grado de intensidad era mixto un episodio (índice de estado mixto o IEM). En la tabla 2 se compara el IEM de sujetos que experimentan estados eutímicos, deprimidos, maníacos y mixtos con predominio de la depresión o la manía. El IEM estuvo elevado también en estados mixtos con predominio depresivo o maníaco. En todos los sujetos, el IEM se correlacionó positivamente con la ansiedad (tau de Kendall = 0,27, p = 0,001) y psicosis (tau de Kendall = 0,24, p = 0,004).

En la figura 1 se muestran las relaciones entre las calificaciones del IEM y las complicaciones del trastorno bipolar. Los índices de enfermedad grave, como la instauración precoz y las tentativas

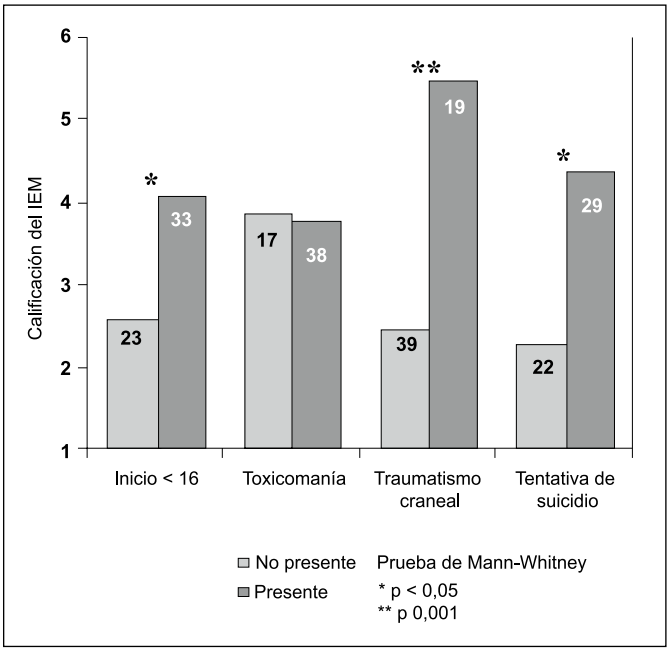

Figura 1. Calificación del índice de estado mixto y características clínicas.

de suicidio, se asociaron a calificaciones de IEM elevadas. Sin embargo, los sujetos con antecedentes de un trastorno por toxicomanía o alcoholismo no fueron diferentes a los que no habían cumplido con los criterios de un trastorno por toxicomanía.

Síntomas depresivos y maníacos asociados a estados mixtos

A fin de determinar cuáles síntomas depresivos o maníacos específicos tenían más posibilidades de corresponder a un estado mixto, llevamos a cabo un análisis discriminativo de función utilizando los apartados sobre depresión y manía en el SADS y una clasificación amplia de los estados mixtos combinando la categoría MD3 y la DM3. Después de un análisis inicial en que se utilizaron todos los síntomas depresivos y maníacos del SADS, repetimos el análisis utilizando sólo los síntomas con F > 1 para retirar del modelo. Los síntomas en el grupo final fueron preocupación, valoración negativa de sí mismo, ideas suicidas o conducta suicida, anhedonia, retardo psicomotriz, menos necesidad de sueño, hiperenergía, ideas de grandeza, hiperactividad visible, lenguaje acelerado y aceleración de ideas. El análisis resultante tuvo una lambda de Wilks de 0,38 y una F(11,57) global = 8,56 (p < 10-4). El modelo clasificó un 90% de los casos en forma correcta (86,5% de los no mixtos y 93,7% de los mixtos). Los síntomas depresivos que contribuyeron al modelo fueron preocupación (F [1,57] para eliminar = 7,4, p = 0,009) y la valoración negativa de sí mismo (F = 3,74, p = 0,05). Los síntomas maníacos fueron un hiperenergía (F = 5,6, p = 0,02), hiperactividad visible (F = 21,9, p < 10-4), y aceleración de ideas (F = 5,9, p = 0,018).

Umbrales para el surgimiento de manifestaciones «mixtas»

En la tabla 3 se resume el número de síntomas depresivos o maníacos en los cuales las diferencias entre los episodios mixtos y no mixtos adoptan significación estadística. Los episodios maníacos o depresivos con dos o tres síntomas de la polaridad opuesta mostraron diferencia significativa con respecto a los de aquellos con menos o ningún síntoma de estado mixto en cuanto a síntomas (ansiedad y calificación del IEM) y evolución de la enfermedad (antecedente de instauración precoz o de tentativa de suicidio).

DISCUSIÓN

En estos sujetos con trastorno bipolar, una gama de definiciones de estado mixto de predominio depresivo o maníaco tuvieron manifestaciones clínicas similares, lo cual es compatible con el señalamiento de Kraepelin de que una mayor gravedad subyacente o inestabilidad afectiva impulsa el surgimiento de síntomas combinados (5). Tanto las calificaciones de depresión como las de manía se correlacionaron con la gravedad de la ansiedad en los sujetos con episodios de la polaridad opuesta. Esto subraya lo señalado en los informes previos de que la ansiedad es un componente importante de los estados mixtos (25) y se asocia a síntomas afectivos graves (26). Los resultados indican que hay un continuum de estados mixtos.

Características dimensionales de los estados mixtos

El grado en el que los síntomas depresivos y maníacos se combinan puede ser más importante que el hecho de si un episodio cumple los criterios del DSM-IV para un estado mixto, o incluso que el hecho de si la combinación es de predominio

Tabla 3. Umbrales para las diferencias clínicas entre los episodios mixtos y no mixtos

Número de síntomas mixtos	Episodio maníaco				Episodio depresivo			
	Ansiedad	IEM	Tentativa de suicidio	Instauración precoz	Ansiedad	IEM	Tentativa de suicidio	Instauración precoz
≥ 1	0,09	0,1	0,35	0,63	**0,003**	**0,001**	0,17	0,49
≥ 2	**0,007**	**0,0007**	0,09	0,18			0,07	0,2
≥ 3			**0,04**	**0,05**			**0,05**	**0,05**

IEM, Índice de Estado Mixto.
La tabla muestra la probabilidad de las pruebas de la t (calificaciones de la ansiedad o del IEM) o los valores de la prueba exacta de Fisher (antecedente de tentativa de suicidio, instauración de la enfermedad antes de los 16 años de edad) como una función del número de síntomas depresivos en los episodios maníacos o del número de síntomas maníacos en los episodios depresivos. Los síntomas mixtos son el número de síntomas depresivos en los sujetos maníacos o el número de síntomas maníacos en los sujetos de deprimidos.

depresivo o maníaco. La susceptibilidad a esta combinación puede ser una característica dimensional que se asocia a más gravedad, por lo que respecta a duración o resistencia de los episodios al tratamiento y la evolución de la enfermedad. En los episodios maníacos, las características como la resistencia al litio y la evolución inestable de la enfermedad surgen bajo una gravedad relativamente baja de los síntomas depresivos concomitantes, lo que no necesariamente implica una depresión sindrómica completa (8). Surgen características similares a una gravedad relativamente baja de los síntomas maníacos durante los episodios depresivos (11). Incluso en los sujetos que nunca han tenido episodios independientes que cumplen con los criterios del DSM-IV para la manía o la hipomanía, la presentación de dos o tres síntomas maníacos durante un episodio depresivo confiere características clínicas que se parecen al trastorno bipolar con estados mixtos más que al trastorno unipolar (27). Por tanto, combinamos las calificaciones de síntomas depresivos y maníacos para formar un índice de estado mixto (IEM), utilizando una combinación directa que resaltaría una interacción entre los síntomas depresivos y los maníacos.

Características de los estados mixtos: específicas e inespecíficas

Kraepelin describió seis estados mixtos, los cuales consistían en combinaciones de de depresión o manía de afecto, pensamiento o acción (5). Las formulaciones más recientes se han centrado en la manía mixta, que corresponde a la manía depresiva o ansiosa de Kraepelin (25,28), o depresión mixta, que corresponde por lo menos a dos de los estados mixtos de Kraepelin (24). Los análisis multifactoriales han producido números variables de estados mixtos de predominio maníaco (28,29) o depresivo (28,30). Estos estados representan permutas de síntomas depresivos y maníacos, cuyos límites evidentes dependen de las variables y de las suposiciones aplicadas en los análisis (31,32).

La manía mixta y la depresión mixta tienen una respuesta insatisfactoria al tratamiento (33-35), un mayor riesgo de conducta suicida (18,36-38), una evolución de la enfermedad inestable o grave (29) y una relación con traumatismo craneal u otros problemas neurológicos (39,40). Así mismo, los estados mixtos al parecer no se presentan en forma fortuita, sino que tienden a recidivar según el tipo en los individuos susceptibles (15,16,41). Estas propiedades indican que la susceptibilidad a los estados mixtos puede estar relacionada con una o más de: a) características preexistentes (1), posiblemente genéticas (2), que influyen en la evolución de la enfermedad y la respuesta al tratamiento; b) consecuencias de haber experimentado muchos episodios (42,43), o c) efectos de complicaciones del trastorno bipolar como toxicomanía o traumatismo craneal (39).

Cualquier explicación de la susceptibilidad a los estados mixtos debe tener en cuenta el hecho de que sus características sintomáticas son muy variables y sin embargo las múltiples permutas sintomáticas de los estados mixtos comparten características clínicas y de evolución de la enfermedad descritas antes (13). Las características clínicas de los episodios mixtos pueden deberse a la interacción entre esta susceptibilidad y los factores desconocidos que determinan si un determinado episodio será depresivo o maníaco. Un modelo detallado exigiría dos características, una relacionada con la evolución de la enfermedad y una con las características de los episodios individuales. La evolución del trastorno bipolar es muy variable, pero puede describirse que consiste en dos tipos básicos, una evolución «episódica estable» y una evolución inherentemente inestable que puede conferir susceptibilidad a los estados mixtos (1,2,34). En términos de los episodios individuales, algunos pacientes al parecer tienen episodios de predominio maníaco y otros de predominio depresivos (44). Resultados mixtos podrían ser predominantemente depresivos o maníacos, lo que depende de las características del individuo, pero serían similares en su relación con la evolución de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.

Los sujetos que tenían por lo menos tres síntomas de depresión y manía, independientemente de que cumplieran con los criterios del DSM-IV para los episodios depresivos o mixtos, se parecieron a los sujetos de los estados mixtos de predominio maníaco o depresivo por lo que respecta a la gravedad de la psicosis o la ansiedad. Por tanto, se podría decir que por lo menos tres síntomas independientes de depresión y manía definen un episodio mixto, sin el requisito de los criterios del DSM-IV para la depresión o la manía, y que estos episodios son clínicamente similares o idénticos a los episodios mixtos provisionalmente definidos, y pueden exigir el mismo tratamiento enérgico. Esta posibilidad debería investigarse más en un grupo más numeroso de sujetos que no cumplan con los criterios completos de los episodios depresivos o maníacos. Los episodios mixtos con síntomas depresivos y maníacos subsindrómicos pueden contribuir al pronóstico desfavorable que se asocia al surgimiento de los síntomas subsindrómicos (45).

Los datos de la figura 1 y la tabla 3 confirman los informes de que los estados mixtos conllevan una evolución grave de la enfermedad y señalan que esta relación persiste independientemente de la polaridad dominante del estado mixto. Sin embargo, la falta de alguna relación entre las manifestaciones mixtas y el antecedente de un trastorno por toxicomanía que se muestra en la figura 1 no son compatibles con esto. No obstante, al interpretar este hallazgo, es importante que la tasa de trastorno por toxicomanía fuese tan elevada en toda la población del estudio (alrededor del 70%) que esta característica puede no haber sido útil para delimitar los subtipos de la enfermedad.

Síntomas depresivos o maníacos y estados mixtos

Los estados mixtos pueden definirse también utilizando los criterios basados en calificaciones en la escala de valoración de los síntomas o número de síntomas presentes (30). Sin embargo, tiene interés clínico saber qué síntomas depresivos o maníacos tienen más posibilidades de asociarse a un estado mixto. Nuestros datos demostraron que los síntomas que distinguen los episodios afectivos mixtos de los no mixtos no eran principalmente síntomas afectivos sino que estaban relacionados con la actividad (hiperenergía, hiperactividad ostensible y aceleración de ideas) en el caso de los síntomas maníacos y pensamientos negativos (preocupación y valoración negativa de sí mismo) en el caso de los síntomas depresivos. El contenido del diagnóstico o las medidas de valoración que se utilicen determinarán qué síntomas específicos distinguen los episodios mixtos de los no mixtos. Nuestros datos indican que

los estados mixtos se caracterizan por la combinación de pensamientos negativos e hiperactividad, una combinación potencialmente peligrosa (36,46).

Especificidad de las valoraciones de síntomas depresivos y maníacos

Según lo hicieron notar Suppes y cols. (23) en su estudio sobre la hipomanía mixta y lo analizaron antes McElroy y cols. (3), los apartados en la escala de valoración para los estados depresivos y maníacos pueden solaparse. El SADS-C está concebido para minimizar este solapamiento, ya que su propósito es la medición simultánea de la depresión, la manía, la ansiedad y la psicosis, en contraste con el empleo de escalas individuales separadas para estas entidades (20). Los apartados se califican con instrucciones que toman en consideración el contexto clínico. Por ejemplo, el trastorno del sueño (que no figuró en los resultados actuales) se califica como parte del factor de depresión, a menos que se caracterice por una menor necesidad de sueño. La agitación sólo se calificó como un apartado de la depresión si el afecto deprimido o la anhedonia también estaban presentes. No obstante, excluimos los apartados relacionados con la agitación, la irritabilidad y la ira de las calificaciones de la depresión en la identificación de los episodios mixtos de predominio maníaco. El hecho de que se minimizó el solapamiento se confirmó por la falta de correlación entre las calificaciones de la depresión y la manía en todos los sujetos ($r = –0,085$, $n = 88$, $p > 0,4$).

Limitaciones

El presente estudio fue de tipo transversal y se centró en la presentación de los síntomas en un determinado momento más que en su duración u orden de presentación. El número de sujetos limitó la capacidad de investigar de manera fiable posibles factores contribuyentes. El tratamiento no estuvo estandarizado.

CONCLUSIONES

La depresión y la manía combinadas, independientemente de cuál predomine, conllevan un aumento de la psicosis y la ansiedad durante el episodio en curso en comparación con los episodios de depresión o manía por separado. Un continuum de estados mixtos y un instrumento para medir la susceptibilidad a estos estados puede describir sus características mejor que un modelo categórico más basado en un síndrome. Será importante determinar los mecanismos neurobiológicos y la evolución clínica de enfermedad inherentes a la susceptibilidad a los estados mixtos.

Agradecimientos

Este estudio fue respaldado en parte por Pat R. Rutherford, Jr. Chair in Psychiatry (ACS) y por las subvenciones del NIH RO1 MH 69944 (ACS), RO1 DA08425 (FGM) y KO2 DA00403 (FGM). Agradecemos a Saba Abutaseh, Glen Colton, Stacey Meier y Mary Pham por su ayuda.

Bibliografía

1. Turvey CL, Coryell WH, Solomon DA et al. Long-term prognosis of bipolar I disorder. Acta Psychiatr Scand 1999;99:110-9.
2. Duffy A, Alda M, Kutcher S et al. A prospective study of the offspring of bipolar parents responsive and nonresponsive to lithium treatment. J Clin Psychiatry 2002;63:1171-8.
3. McElroy SL, Keck PE, Jr., Pope HG, Jr. et al. Clinical and research implications of the diagnosis of dysphoric or mixed mania or hypomania. Am J Psychiatry 1992;149:1633-44.
4. Goldberg JF, McElroy SL. Bipolar mixed episodes: characteristics and comorbidities. J Clin Psychiatry 2007;68:e25.
5. Kraepelin E. Manic-depressive illness and paranoia. Edinburgh: Livingstone, 1921.
6. Kotin J, Goodwin FK. Depression during mania: clinical observations and theoretical implications. Am J Psychiatry 1971;129:55-62.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1995.
8. Swann AC, Bowden CL, Morris D et al. Depression during mania: treatment response to lithium or divalproex. Arch Gen Psychiatry 1997;54:37-42.
9. Benazzi F. Depressive mixed state: testing different definitions. Psychiatry Clin Neurosci 2001;55:647-52.
10. Benazzi F, Akiskal HS. Delineating bipolar II mixed states in the Ravenna-San Diego collaborative study: the relative prevalence and diagnostic significance of hypomanic features during major depressive episodes. J Affect Disord 2001;67:115-22.
11. Swann AC, Gerard MF, Steinberg JL et al. Manic symptoms and impulsivity during bipolar depressive episodes. Bipolar Disord 2007;9: 206-12.
12. Cassidy F, Yatham LN, Berk M et al. Pure and mixed manic subtypes: a review of diagnostic classification and validation. Bipolar Disord 2008;10:131-43.
13. Perugi G, Akiskal HS, Micheli C et al. Clinical characterization of depressive mixed state in bipolar-I patients: Pisa-San Diego collaboration. J Affect Disord 2001;67:105-14.
14. Cassidy F, Ahearn E, Carroll BJ. A prospective study of interepisode consistency of manic and mixed subtypes of bipolar disorder. J Affect Disord 2001;67:181-5.
15. Dell'Osso L, Placidi GF, Nassi R et al. The manic-depressive mixed state: familial, temperamental and psychopathologic characteristics in 108 female inpatients. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1991; 240:234-9.
16. Sato T, Bottlender R, Sievers M et al. Evaluating the interepisode stability of depressive mixed states. J Affect Disord 2004;81:103-13.
17. Khalsa HM, Salvatore P, Hennen J et al. Suicidal events and accidents in 216 first-episode bipolar I disorder patients: predictive factors. J Affect Disord 2008;106:179-84.
18. Valtonen HM, Suominen K, Haukka J et al. Differences in incidence of suicide attempts during phases of bipolar I and II disorders. Bipolar Disord 2008;10:588-96.
19. First MB, Spitzer RL, Gibbon M et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Patient Edition. New York: Biometrics Research Institute, New York State Psychiatric Institute, 1996.
20. Spitzer RL, Endicott J. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia: Change Version. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 1978.

21. Arndt S, Turvey C, Andreasen NC. Correlating and predicting psychiatric symptom ratings: Spearman's r versus Kendall's tau correlation. J Psychiatr Res 1999;33:97-104.
22. Kleinbaum DG, Kupper LL, Muller KE. Applied regression analysis and other multivariate methods. Boston: PWS-Kent, 1988.
23. Suppes T, Mintz J, McElroy SL et al. Mixed hypomania in 908 patients with bipolar disorder evaluated prospectively in the Stanley Foundation Bipolar Treatment Network: a sex-specific phenomenon. Arch Gen Psychiatry 2005;62:1089-96.
24. Akiskal HS, Benazzi F. Validating Kraepelin's two types of depressive mixed states: "depression with flight of ideas" and "excited depression". World J Biol Psychiatry 2004;5:107-13.
25. Swann AC, Secunda SK, Katz MM. Lithium treatment of mania: clinical characteristics, specificity of symptom change, and outcome. Psychiatry Res 1986;18:127-41.
26. Young LT, Cooke RG, Robb JC et al. Anxious and non-anxious bipolar disorder. J Affect Disord 1993;29:49-52.
27. Akiskal HS, Benazzi F. Family history validation of the bipolar nature of depressive mixed states. J Affect Disord 2003;73:113-22.
28. Cassidy F, Pieper CF, Carroll BJ. Subtypes of mania determined by grade of membership analysis. Neuropsychopharmacology 2001; 25:373-83.
29. Swann AC, Janicak PL, Calabrese JR et al. Structure of mania: depressive, irritable, and psychotic clusters with different retrospectively- assessed course patterns of illness in randomized clinical trial participants. J Affect Disord 2001;67:123-32.
30. Benazzi F. Depressive mixed state: dimensional versus categorical definitions. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2003;27: 129-34.
31. 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.
32. Bertschy G, Gervasoni N, Favre S et al. Phenomenology of mixed states: a principal component analysis study. Bipolar Disord 2007;9: 907-12.
33. Dilsaver SC, Swann AC, Shoaib AM et al. Mixed mania associated with non-response to antimanic agents. Am J Psychiatry 1993;150: 1548-51.
34. Coryell W, Turvey C, Endicott J et al. Bipolar I affective disorder: predictors of outcome after 15 years. J Affect Disord 1998;50:109- 16.
35. Maj M, Pirozzi R, Magliano L et al. Agitated "unipolar" major depression: prevalence, phenomenology, and outcome. J Clin Psychiatry 2006;67:712-9.
36. Dilsaver SC, Chen YR, Swann AC et al. Suicidality in patients with pure and depressive mania. Am J Psychiatry 1995;151:1312-5.
37. Akiskal HS, Benazzi F. Does the FDA proposed list of possible correlates of suicidality associated with antidepressants apply to an adult private practice population? J Affect Disord 2006;94:105-10.
38. Balazs J, Benazzi F, Rihmer Z et al. The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: implications for suicide prevention. J Affect Disord 2006;91:133-8.
39. Himmelhoch JM, Mulla D, Neil JF et al. Incidence and severity of mixed affective states in a bipolar population. Arch Gen Psychiatry 1976;33:1062.
40. Swann AC, Moeller FG, Steinberg JL et al. Manic symptoms and impulsivity during bipolar depressive episodes. Bipolar Disord (in press).
41. Cassidy F, Ahearn EP, Carroll BJ. Symptom profile consistency in recurrent manic episodes. Compr Psychiatry 2002;43:179-81.
42. Kessing LV, Hansen MG, Andersen PK et al. The predictive effect of episodes on the risk of recurrence in depressive and bipolar disorders - a life-long perspective. Acta Psychiatr Scand 2004;109:339- 44.
43. Kessing LV. The prevalence of mixed episodes during the course of illness in bipolar disorder. Acta Psychiatr Scand 2008;117:216-24.
44. Quitkin FM, Rabkin JG, Prien RF. Bipolar disorder: are there manicprone and depressive-prone forms? J Clin Psychopharmacol 1986;6: 167-72.
45. Keller MB, Lavori PW, Kane JM et al. Subsyndromal symptoms in bipolar disorder. A comparison of standard and low serum levels of lithium. Arch Gen Psychiatry 1992;49:371-6.
46. 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.

Factores que pronostican el abandono del tratamiento en centros de salud mental en la comunidad

Blanca Reneses[1], Elena Muñoz[2], Juan José López-Ibor[1]

[1]Institute of Psychiatry and Mental Health, San Carlos University Hospital, Complutense University, Madrid, Spain
[2]Department of Psychology, Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona, Spain

Este estudio tuvo como propósito identificar los factores relacionados con el tratamiento, el psicoterapeuta y el paciente que se asociaban al abandono del tratamiento en cuatro servicios psiquiátricos de consultas externas. El grupo experimental comprendió todos los 789 individuos que acudieron por primera vez a los servicios psiquiátricos durante un año y abandonaron el tratamiento en el mismo año o durante los dos siguientes. El grupo de control consistió en un número idéntico de individuos seleccionados en forma aleatoria de entre pacientes que, en el mismo año, acudieron por primera vez a los servicios psiquiátricos y que no abandonaron después el tratamiento. La tasa de abandono global fue del 33,2%. Según el análisis de regresión logística, los factores pronósticos del abandono del tratamiento fueron: prescripción del tratamiento en un centro determinado, participación de más de un psicoterapeuta en el tratamiento, falta de un antecedente previo de trastornos psiquiátricos, edad joven y género masculino.

Palabras clave: Abandono del tratamiento, asistencia psiquiátrica en la comunidad, uso de los servicios psiquiátricos.

(World Psychiatry 2009;8:173-177)

Las tasas de abandono del tratamiento estimadas en los servicios de salud mental en la comunidad son muy variables y fluctúan del 20 al 60% (1-9). Esta variación puede atribuirse a discrepancias en la definición de abandono del tratamiento (10), diferencias en la composición de la muestra, condiciones en las cuales se analice el fenómeno y diseño del estudio. La tasa de abandono del tratamiento es máxima en las consultas iniciales (11); por tanto, se comunican tasas de abandono del tratamiento más elevadas en los estudios que comprenden las primeras etapas del mismo (12).

Los pacientes más jóvenes tienen más posibilidades de abandonar cualquier clase de tratamiento (3,5,13-15). Una tasa de abandono del tratamiento más elevada también se asocia a factores como vivir solo (3,6,16,17), estar divorciado, ser soltero o viudo (3,17), posición socioeconómica baja (2,3,5), estar desempleado o tener un trabajo en una escala social baja (18), así como tener un grado de formación bajo (14).

Así mismo, se han identificado como factores pronósticos de abandono del tratamiento las características del centro clínico de consultas externas y un grado más bajo de satisfacción del paciente (16,19,20).

Por lo que respecta a los factores relacionados con la enfermedad del paciente, se ha observado una relación positiva entre el abandono del tratamiento y una mayor gravedad de los síntomas (1,12). Se dispone de algunos datos que respaldan la noción de que un diagnóstico de esquizofrenia aumenta la posibilidad de abandono del tratamiento (3,21,22), y también de datos que contradicen esta noción (6,8,16). Se han comunicado bajas tasas de cumplimiento del tratamiento en pacientes con trastornos de la personalidad y trastorno por estrés postraumático (3), así como grados más altos de cumplimiento del tratamiento ambulatorio en personas con trastornos depresivos (3,23).

Un antecedente de trastorno psiquiátrico previo se ha asociado a una tasa más baja de abandono del tratamiento (6,12). El cumplimiento del tratamiento ambulatorio al parecer mejora cuando se prescribe farmacoterapia junto con psicoterapia, por contraposición a la prescripción de una modalidad de tratamiento única (5,24). No se cuenta con estudios específicos sobre la influencia de las características de los psicoterapeutas en la tasa de abandono del tratamiento en los servicios de consultas externas.

El objetivo de este estudio fue analizar los factores asociados al abandono del contacto con los servicios de consultas externas. En concreto, analizamos la influencia de las características sociodemográficas de los pacientes, el diagnóstico clínico, el tipo de tratamiento recibido y las características de los terapeutas.

MÉTODOS

Se llevó a cabo el estudio en servicios psiquiátricos públicos de consultas externas de una de las áreas de asistencia sanitaria de Madrid, que correspondió a dos distritos asistenciales, Centro y Latina. En conjunto, tienen una población de 350.000 habitantes con características sociodemográficas muy similares. La zona de captación estudiada cuenta con cuatro centros psiquiátricos que están integrados en una red de servicios. Todos los profesionales trabajan con los mismos modelos de asistencia, gamas de servicios y jerarquías funcionales. Cada centro cuenta con psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras, trabajadores sociales y personal auxiliar. Para los fines de este estudio, los cuatro centros fueron identificados como A, B, C y D. Los pacientes seleccionados para el estudio fueron atendidos por un total de 22 psiquiatras y psicólogos clínicos.

El Registro de Casos Psiquiátricos de la Comunidad de Madrid es el sistema de información de los servicios de consultas externas de esta ciudad. Es un registro acumulado que contiene registrados desde 1987 todos los asuntos relacionados con la atención a los pacientes de todos los centros psiquiátricos, lo cual comprende información sobre características sociodemográficas, diagnósticos basados en la ICD-9, el tipo de tratamiento prescrito y el profesional responsable del tratamiento. El registro también contiene datos relativos a ingresos y altas de los hospitales. El registro contiene todos los diagnósticos establecidos en cada paciente durante la evolución de un episodio de la enfermedad.

Llevamos a cabo un estudio retrospectivo de casos y testigos no equiparados basándonos en los registros administrativos, el cual abarcó un año en los cuatro servicios psiquiátricos antes mencionados. El grupo experimental comprendió todos los individuos mayores de 18 años de edad que durante el año índice fueron atendidos por primera vez en uno de los cuatro centros psiquiátricos y, después de acudir a las consultas iniciales, accedieron a recibir un tratamiento psiquiátrico el cual abandonaron durante el mismo año o en los dos años siguientes. Los criterios de exclusión específicos fueron: acudir sólo a una consulta; el no acudir a ninguna cita concertada, a pesar de un contacto ulterior con el centro de asistencia psiquiátrica, y tener menos de 18 años de edad.

Para los fines de este estudio se definió el abandono del tratamiento como la interrupción unilateral del tratamiento por el paciente sin contacto adicional con el servicio psiquiátrico en los siguientes seis meses. No se consideraron como abandono del tratamiento las altas basadas en cuestiones médicas, los fallecimientos o el haberse desplazado a un área asistencial diferente.

El grupo de control constó de pacientes seleccionados en forma aleatoria de entre todos aquellos que en el mismo periodo fueron atendidos por primera vez en los centros antes indicados y que, después de acudir a dos consultas iniciales, recibieron como prescripción tratamiento psiquiátrico y se adhirieron debidamente al mismo. Se definió el cumplimiento correcto como un contacto continuado con el centro según se acordó con el terapeuta.

Las variables sociodemográficas que se tomaron en cuenta en el estudio fueron: edad, género sexual, estado conyugal, condiciones de vida (viviendo solo, con pareja o niño, con familiar biológico, con otros familiares, en un albergue), grado de formación (sin educación, estudios de primaria, estudios de secundaria, estudios universitarios), trabajo, estado de empleo (activo, desempleado, pensionista, estudiante, tareas domésticas). El grado de formación fue una variable que comprendió cuatro categorías relativas al máximo nivel logrado como parte de los estudios que pueden acreditarse de acuerdo con la legislación española.

El tipo de asistencia y tratamiento que se consideraron como variables en el estudio fueron: el centro psiquiátrico al que se acudió, el tratamiento recibido (tratamiento farmacológico, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, farmacoterapia y psicoterapia combinadas, otros tipos), número de sesiones a las que se acudió durante el episodio actual (menos de cinco, de cinco a nueve o más de nueve), el médico responsable del tratamiento (cada médico fue identificado por un número del 1 al 22), y el número de médicos responsables del caso durante el periodo que abarcó el estudio (un médico, más de uno).

Las variables clínicas que se analizaron en el estudio fueron: diagnóstico primario (según la ICD-9), el número de diagnósticos registrados y el tratamiento psiquiátrico previo (tratamiento ambulatorio, tratamiento hospitalario o ambos). Para simplificar el análisis de los datos, se tomaron en cuenta ocho categorías en el diagnóstico primario: trastornos psicóticos orgánicos (290-294), trastornos neuróticos (300), toxicomanía y alcoholismo agudos o crónicos (303-305), trastornos de adaptación (308,209), esquizofrenia y estados paranoides (295, 297, 298.3, 298,4), trastornos afectivos (296, 298.0, 311), trastornos de la personalidad y la conducta (301, 312) y trastornos de la conducta alimentaria (307.1, 307.5).

Las variables relacionadas con el terapeuta que se tomaron en cuenta en el estudio fueron profesión (psiquiatra o psicólogo), género sexual, edad, años de experiencia en el centro, tipo de contrato (personal de plantilla, personal suplente o personal temporal) y años de experiencia profesional en el sistema de asistencia sanitaria pública.

Los datos referentes a los pacientes, el tratamiento que recibieron y el tipo de asistencia se obtuvieron del Registro de Casos Psiquiátricos de la Comunidad de Madrid. Para garantizar la fiabilidad de los datos obtenidos, se cotejaron los detalles del 75% de la muestra con los expedientes clínicos originales correspondientes. No se observaron discrepancias importantes entre las dos fuentes de información. Los datos referentes a los médicos se obtuvieron mediante un cuestionario elaborado para tal fin. Todos los médicos responsables de los pacientes incluidos en la muestra rellenaron el cuestionario.

En el análisis estadístico, el abandono del tratamiento fue la variable dependiente en tanto que las características sociodemográficas ya indicadas, el tipo de asistencia y tratamiento, las características clínicas y el terapeuta fueron las variables independientes. Considerando como cualitativas todas las variables del estudio, se efectuaron análisis estadísticos descriptivos y tabulaciones cruzadas. Se utilizaron las tabulaciones cruzadas para obtener la estadística exacta de Fischer, el valor de las oportunidades y el intervalo de confianza del 95%. Así mismo, se ajustó un modelo de regresión logística en pasos a fin de valorar la asociación de las variables para las cuales un análisis bifactorial arrojó una $p < 0,05$. El paquete IT que se utilizó para llevar a cabo todo el análisis estadístico fue la versión 11.0 del programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) para Windows.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestran los resultados del análisis bifactorial comparativo de las características sociodemográficas de los pacientes que abandonaron el tratamiento y de los que no lo abandonaron. Hubo diferencias significativas en cuanto a edad, grado de formación, estado conyugal, condiciones de vida, trabajo y estado de empleo. La proporción de los pacientes que abandonó el tratamiento fue más elevada entre el grupo de 18 a 32 años de edad y más baja entre el grupo de los mayores de 60 años de edad. Los pacientes con estudios universitarios y los que no los tenían fueron los que mostraron la menor tendencia a abandonar el tratamiento. La tasa de abandono fue significativamente más alta en las personas que no estaban casadas y en las que vivían solas o con su familia biológica. Los pacientes con trabajos menos calificados tuvieron más posibilidades de abandonar el tratamiento. Así mismo, fueron más elevadas las tasas de abandono del tratamiento en los pacientes que no tenían trabajo o en los estudiantes que en los que tenían un empleo activo, llevaban a cabo tareas domésticas o se habían jubilado.

En la tabla 2 se muestran los resultados del análisis bifactorial comparativo entre los dos grupos basado en las variables clínicas y relacionados con los casos. Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y los que tuvieron un diagnóstico primario de alcoholismo o de toxicomanía tuvieron las tasas de abandono del tratamiento más elevadas, seguidos de aquellos con trastornos de la personalidad. La tasa de abandono del tratamiento fue sustancialmente más baja en los individuos que habían recibido

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes que abandonaron el tratamiento y de los de referencia

Variables (%)	Pacientes que abandonaron el tratamiento (n = 789)	Pacientes de referencia (n = 789)	p
Edad			
18-32 años	57,7	42,3	
33-43 años	50,5	49,5	0,009
44-60 años	49,4	50,1	
Más de 60 años	45,6	54,4	
Género			
Masculino	51,9	48,1	0,256
Grado de formación			
Ningún estudio	37,1	62,9	
Estudios de primaria	51,6	48,4	0,030
Estudios de secundaria	53,2	46,8	
Universitarios	46,8	53,2	
Estado conyugal			
Casados	46,2	53,8	0,015
Solteros, divorciados, separados o viudos	52,6	47,4	
Condiciones de vida			
Solo	54,3	45,7	
Con pareja y/o niños	45,4	54,6	
Con padre, madre o ambos	56,0	44,0	0,002
Con otros parientes además de los padres	57,3	42,7	
Internados en establecimientos sanitarios	30,0	70,0	
Trabajo			
Profesional, personal técnico, ejecutivo y director	41,6	58,4	
Personal de servicios administrativos	41,9	58,1	
Comercial y ventas	58,3	41,7	0,027
Turismo, seguridad, construcción y transporte	55,0	45,0	
Ejército y ocupaciones no bien especificadas	52,1	47,9	
Estado de empleo			
Empleado	52,0	48,0	
Desempleado	57,4	42,6	
Jubilado o pensionista	43,8	56,2	0,046
Estudiante	55,0	45,0	
Ama de casa	41,4	58,6	

antes tratamiento ambulatorio u hospitalario. La tasa de abandono fue más baja en los pacientes que recibieron tratamiento farmacológico en comparación con los que sólo recibieron psicoterapia de grupo o individual. Se observaron diferencias significativas con respecto a los centros de asistencia psiquiátrica donde se dio el tratamiento. La tasa de abandono fue más baja en los pacientes de los centros A y B.

En la tabla 3 se muestra el análisis bifactorial comparativo de las variables relacionadas con los terapeutas. La tasa de abandono del tratamiento fue significativamente más alta en quienes fueron atendidos por más de un médico durante el curso de su tratamiento. Los pacientes tratados por médicos suplentes o temporales tuvieron una mayor tendencia al abandono que los tratados por personal de plantilla. No se observó ninguna diferencia entre los pacientes tratados por un psiquiatra y los tratados por un psicólogo clínico. La tasa de abandono correspondiente a los terapeutas individuales fluctuó de 0 al

Tabla 2. Variables clínicas y de atención psiquiátrica en pacientes que abandonaron el tratamiento y en pacientes de referencia

Variables (%)	Pacientes que abandonaron el tratamiento (n = 789)	Pacientes de referencia (n = 789)	p
Diagnósticos			
Psicosis orgánicas	40,0	60,0	
Neurosis	49,0	51,0	
Alcoholismo y toxicomanía agudos y/o crónicos	61,7	38,3	
Trastornos de adaptación	43,7	56,3	0,023
Esquizofrenia y otras psicosis	50,0	50,0	
Psicosis afectivas	50,7	49,3	
Trastornos de la personalidad	55,3	44,7	
Trastornos de la conducta alimentaria	66,7	33,3	
Tratamiento psiquiátrico previo			
Tratamiento ambulatorio u hospitalario	44,5	55,5	0,000
Ningún tratamiento	56,0	43,9	
Tipos de tratamiento			
Sólo tratamiento farmacológico	44,7	55,3	
Sólo psicoterapia individual	54,5	45,4	
Sólo tratamiento de grupo	63,5	36,5	0,003
Tratamiento farmacológico + psicoterapia individual	50,4	49,6	
Otras modalidades	59,6	40,4	
Sesiones			
Menos de 4	44,7	55,3	
4 a 9	57,7	42,3	0,000
Más de 9	49,0	51,0	
Centros psiquiátricos			
Centro A	46,9	53,1	
Centro B	53,9	46,1	0,008
Centro C	57,9	42,1	
Centro D	46,1	53,9	
Número de médicos participantes			
Sólo un terapeuta	46,5	53,5	
Más de un terapeuta	59,4	40,6	0,000

Tabla 3. Características del terapeuta en los pacientes con abandono del tratamiento y los pacientes de referencia

Variables (%)	Pacientes que abandonaron el tratamiento (n = 789)	Pacientes de referencia (n = 789)	p
Profesión			
Psicólogo	46,6	53,4	0,160
Psiquiatra	51,2	48,8	
Género			
Masculino	51,1	48,9	0,344
Edad			
46 años o menos	46,0	54,0	0,008
Más de 46 años	54,9	45,1	
Años en el trabajo actual			
Menos de 10 años	52,3	47,7	0,552
10 años o más	50,4	49,6	
Tipo de contrato			
Personal de plantilla	47,9	52,1	0,001
Personal suplente o temporal	58,3	41,7	
Años de experiencia			
Menos de 16 años	50,4	49,6	0,561
16 años o más	52,2	47,8	

Tabla 4. Regresión logística: factores para pronosticar el abandono del tratamiento

Variables	P	OR	IC del 95%
Edad (18-32 años frente a otros grupos de edad)	0,013	1,446	(1,080 - 1,938)
Género (masculino frente a femenino)	0,016	1,429	(1,068 - 1,911)
Condiciones de vida (solo frente a otras circunstancias)	0,009	1,818	(1,163 - 2,843)
Tratamiento previo (sí frente a no)	0,002	1,504	(1,156 - 1,957)
Centro asistencial (C frente a otros centros)	0,030	1,710	(1,053 - 2,776)
Número de médicos participantes (uno frente a más de uno)	0,000	2,045	(1,569 - 2,666)

66,7%, por lo que hubo diferencias significativas y un alto grado de variabilidad.

La tasa de abandono del tratamiento global para la zona geográfica estudiada fue de un 33,2%. Fluctuó desde un 28,9% en el centro A hasta un 51,4% en el centro C.

El modelo de regresión logística que se muestra en la tabla 4 incorpora los posibles factores pronósticos para el abandono del tratamiento por parte de los pacientes en los centros estudiados. El modelo originalmente incluyó todas las variables para las cuales hubo diferencias significativas en la comparación entre el grupo experimental y el de control. Al final, las variables retenidas en la ecuación de la regresión logística fueron edad (el grupo de 18 a 32 años de edad se comparó con el grupo de más de 32 años), el género sexual (mujeres comparadas con hombres), las condiciones de vida (vivir solo en comparación con cualquier otra circunstancia de vida), antecedente de tratamiento psiquiátrico previo (no por contraposición a sí), el centro que brindó el tratamiento (el centro C se comparó con cualquiera de los otros tres) y el número de médicos que participaron en el proceso (la participación de más de un psiquiatra o psicólogo además del médico principal responsable del tratamiento). La ecuación de regresión establecida basándose en las variables en cuestión tuvo un valor pronóstico con respecto al abandono del tratamiento de un 69,1%.

DISCUSIÓN

La tasa de abandono del tratamiento ambulatorio en los pacientes que lo recibieron por primera vez durante el año fue de un 33,2% en el periodo de tres años y fluctuó de 28,9% a 51,4% en los cuatro centros psiquiátricos. Esta cifra se halla dentro del promedio de los estudios previos, en los que las tasas variaron entre un 16 y un 60% (1,5,7,8,13,25-27). Sin embargo, es difícil comparar las cifras globales de abandono del tratamiento, dadas las diferencias de los métodos de estudio y de los sistemas de asistencia sanitaria. Nuestra tasa de abandono del tratamiento es más baja que la observada en un estudio realizado por Percudani y cols. (7), realizado en Italia, en una zona con un sistema de asistencia psiquiátrica similar al nuestro: la diferencia podría explicarse en parte por el hecho de que excluimos a los pacientes que sólo acudieron a la primera consulta. En el otro extremo, nuestra cifra es más elevada que la de Edlund y cols. (5), quienes utilizaron un criterio mucho más conservador para el abandono del tratamiento y también incorporaron a pacientes tratados en diferentes ámbitos de tratamiento. En España se han realizado otros dos estudios similares al nuestro. Los dos incluyeron las primeras consultas y tuvieron tasas de abandono del tratamiento más elevadas: 42% (28) y 67% (29).

Observamos una diferencia interesante en las cifras de abandono del tratamiento entre los centros psiquiátricos. Los pacientes tratados en el centro C tuvieron un riesgo de abandono del tratamiento 1,7 veces más elevado que los otros censos en la zona. Este hecho, añadido a la diferencia observada en el abandono del tratamiento dependiente del terapeuta responsable (entre 0 y 67%) nos lleva a concluir que la influencia de un médico específico, lo mismo que los métodos de trabajo de cada centro, son factores importantes. En los cuatro centros, la organización de la asistencia fue similar y no se observaron diferencias sociales entre las poblaciones pertinentes.

Nuestro análisis bifactorial demostró que los terapeutas menores de 46 años de edad y con un empleo fijo en el servicio se asociaron a una tasa de abandono del tratamiento más baja, mientras que no hubo diferencias entre los pacientes tratados por un psiquiatra o un psicólogo, y por aquellos con mayor o menor experiencia profesional. En el análisis logístico no se observaron características profesionales específicas que pudiesen considerarse como factores para pronosticar el abandono del tratamiento. En Hong Kong, Pang y cols. (27) comunicaron que los pacientes tratados por los médicos de plantilla tuvieron una tasa de abandono del tratamiento más baja que los tratados por médicos temporales.

Observamos que el hecho de ser atendido por más de un médico durante el periodo de observación, fuese en forma simultánea o sucesiva, constituyó un factor que aumentó la tasa de abandono del tratamiento. No pudimos hallar ningún estudio previo centrado en la influencia de la discontinuidad del terapeuta sobre el fenómeno de abandono del tratamiento.

Los factores de riesgo para el abandono del tratamiento que se identificaron fueron género masculino, edad joven y vivir solo, lo cual es congruente con lo observado en la mayor parte de los estudios previos (3,5,8,13-15,28).

En nuestro estudio, el diagnóstico clínico no aparece como un factor de riesgo para el abandono del tratamiento en el análisis logístico. Sin embargo, en cuatro estudios europeos (6-8,16) se comunicó que los pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia y otras psicosis tenían más posibilidades de continuar su tratamiento que aquellos con trastornos neuróticos y de la personalidad. En el estudio de Rossi y cols., se observó que un diagnóstico de esquizofrenia aumentaba bastante la posibilidad de continuar el tratamiento (8). Sin embargo, un estudio realizado en EE.UU. (15) informó que los pacientes esquizofrénicos tenían tasas de abandono del tratamiento más elevadas que los que padecían otras enfermedades. Estas diferencias son explicables por los diferentes modelos de asistencia psiquiátrica en los diversos lugares de estudio.

El tipo de tratamiento recibido al parecer no fue un factor pronóstico en el análisis de regresión logística, en tanto que en el análisis bifactorial, los pacientes que recibieron tratamiento farmacológico, solo o en combinación con la psicoterapia individual, tuvieron menos tendencia al abandono del tratamiento que los que sólo recibieron psicoterapia de grupo o individual. Este dato es compatible con algunos estudios previos (28,30).

Los pacientes con un antecedente de tratamiento psiquiátrico previo tuvieron más tendencia al abandono del tratamiento

que los que se habían tratado con anterioridad, fuesen ambulatorios u hospitalizados. No contamos con datos suficientes para poder interpretar este hecho, aunque coincide con lo observado en otros estudios (6,12,31).

Puesto que nuestro estudio se basó en el registro de los casos, no fue posible determinar si los sujetos en verdad habían abandonado el tratamiento psiquiátrico o habían continuado su tratamiento en el sector privado o a través de los servicios de asistencia sanitaria primaria. Por tanto, las conclusiones sólo son aplicables a la falta de cumplimiento del tratamiento en el servicio y no del tratamiento psiquiátrico en general.

La misma muestra incluyó a pacientes que acudieron por lo menos a dos consultas y por tanto excluyó a los que abandonaron el tratamiento después de una sola consulta. Pese a la limitación que esto implica, este criterio de selección fue establecido para garantizar que sólo se incluyera en la muestra a los pacientes a los que se prescribió tratamiento en los centros, descartando por consiguiente las consultas de una sola vez y los casos inmediatamente remitidos a los servicios de asistencia sanitaria primaria.

Por último, nuestras observaciones no pueden generalizarse a ámbitos con diferentes modelos de asistencia o tipos de servicios.

Agradecimientos

Este estudio fue financiado por una beca para la investigación pública de la Agencia Lain Entralgo para la Formación e Investigación del Ministerio de Salud del Gobierno Regional de Madrid, España.

Bibliografía

1. Killaspy H, Banerjee S. Prospective controlled study of psychiatric out-patient non attendance. Br J Psychiatry 2000;176:160-5.
2. Pelkonen M, Marttunen M, Maippala P et al. Factors associated with early dropout from adolescent psychiatric outpatient treatment. Child Adolesc Psychiatry 2000;39:329-36.
3. Bueno Heredia A, Córdoba Doña JA, Escolar Pujolar A et al. El abandono terapéutico. Actas Españolas de Psiquiatría 2001;29:33- 40.
4. Altamura A, Malhi G. Compliance on major psychoses. Int J Psychol Clin Pract 2000;4:81-2.
5. Edlund MJ, Wang PS, Berglund PA et al. Dropping out of mental health treatment: patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. Am J Psychiatry 2002;159:845-51.
6. Berghofer G, Schmidl F, Rudas S et al. Predictors of treatment discontinuity in outpatient mental health care. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2002;37:276-82.
7. Percudani M, Belloni G, Contini A et al. Monitoring community psychiatric services in Italy: differences between patients who leave care and those who stay in treatment. Br J Psychiatry 2002;180:254-9.
8. Rossi A, Amaddeo F, Bisoffi G et al. Dropping out of care: inappropriate terminations of contact with community-based psychiatric services. Br J Psychiatry 2002;181:331-8.
9. Anagnostopoulos DC, Vlassopoulos M, Lazaratou H et al. Evaluating mental health services in a Greek community. The factor of non-compliance to therapy. Eur Child Adolesc Psychiatry 2006;15: 435-41.
10. Blackwell B. Treatment adherence. Br J Psychiatry 1976;129:513- 31.
11. Carpenter PJ, Morrow GR, Del Gaudio AC et al. Who keeps the first outpatient appointment? Am J Psychiatry 1981;138:102-5.
12. Morlino M, Martucci G, Mussella V et al. Patients dropping out treatment in Italy. Acta Psychiatr Scand 1995;92:1-6.
13. Tehrani E, Krussel J, Borg L et al. Dropping out of psychiatric treatments: a prospective study of a first-admission cohort. Acta Psychiatr Scand 1996;94:266-71.
14. Jellinek M. Referrals from a psychiatric emergency room: relationship of compliance to demographic and interview variables. Am J Psychiatry 1978;135:209-13.
15. Young AS, Grusky O, Jordan D. Routine outcome monitoring in the public mental health system: the impact of patients who live care. Psychiatr Serv 2000;51:85-91.
16. Berghofer G, Schmidl F, Rudas S et al. Utilization of psychiatric treatment. Who drops out, who comes back and who stays? Psychiatr Prax 2000;27:372-7.
17. Trepka C. Attrition form an outpatient psychology clinic. Br J Med Psychol 1986;59:181-6.
18. Verdoux H, Lengronne J, Liraud F et al. Medication adherence in psychosis: predictors and impact on outcome. A 2-year follow-up of first-admitted subjects. Acta Psychiatr Scand 2000;102:203-10.
19. Kayton L. Good outcome in young adult schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1973;29:103-10.
20. Pekarik G. Follow up adjustment of outpatient dropouts. Am J Orthopsychiatry 1983;53:501-11.
21. Kissling W. Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 1994; 89(Suppl. 382):16-24.
22. Kemp R, David A. Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients. Br J Psychiatry 1996;169:444-50.
23. Sparr L, Moffitt MC, Ward MF. Missed psychiatric appointments: who returs and who stays away. Am J Psychiatry 1993;150:801-5.
24. Wang PS, Gilman SE, Guardino M et al. Initiation of and adherence with treatment for mental disorders: examination of patient advocate group members in 11 countries. Med Care 2000;38:926-36.
25. Swett C, Noones J. Factors associated with premature termination from outpatient treatment. Hosp Commun Psychiatry 1989;40:947- 51.
26. Mahneke T, Dragsted V, Jensen PS. Ambulatory psychiatry - a follow up after one year. Ugeskr Laeger 1993;155:1464-8.
27. Pang AH, Lum FC, Ungvari GS et al. A prospective outcome study of patients missing regular psychiatric outpatient appointments. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1996;31:299-302.
28. Díaz Curiel J, Avis D, Araujo E et al. Estudio de variables relacionadas con el abandono de pacientes de un servicio de salud mental. An Psiquiatría 2003;19:296-300.
29. Moré MA, Huidobro A, Rodriguez M et al. Estudio de los abandonos de tratamiento. Archivos de Psiquiatría 2002;65:243-62.
30. Freire Arteta B. Estudio comparativo de tres grupos de pacientes con distinta continuidad terapéutica. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría 1990;10:221-7.
31. Centorrino F, Hernán MA, Drago-Ferrante G et al. Factors associated with non-compliance with psychiatric outpatient visits. Psychiatr Serv 2001;52:378-80.

ARTÍCULO BREVE

Dominios somáticos y cognitivos de la depresión en una región del Ecuador con escasa atención médica: algunos aspectos culturales

Anna Yusim[1], Deepti Anbarasan[1], Brian Hall[2], Ray Goetz[1,3], Richard Neugebauer[4], Pedro Ruiz[5]

[1]*Department of Psychiatry, New York University, New York, NY, USA*
[2]*Department of Behavioral Sciences, Rush Medical College, Chicago, IL, USA*
[3]*Department of Psychiatry, Columbia University, New York, NY, USA*
[4]*Division of Epidemiology, New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA*
[5]*Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Texas Medical School at Houston, Houston, TX, USA*

Hasta ahora no se han realizado suficientes investigaciones sobre la depresión en Latinoamérica. Los conocimientos derivados de las actividades de investigación en los EE.UU. o en Europa poco se pueden generalizar a otras regiones del mundo, incluida Latinoamérica. En una región de las tierras altas de los Andes ecuatorianos observamos tasas muy elevadas de síntomas de depresión moderados y graves, un hallazgo que debe interpretarse en su contexto cultural. Las manifestaciones somáticas de la depresión predominaron sobre las manifestaciones cognitivas y un nivel educativo más elevado fue un factor que protegió contra la depresión. Estas observaciones obligan a tener en cuenta las manifestaciones de la depresión específicas de las culturas y los factores sociales que influyen en ellas. Asimismo, se deben estudiar estos factores para otorgarles la prioridad que merecen, asignar los recursos apropiados y formular las intervenciones psicosociales innovadoras.

Palabras clave: Depresión, Latinoamérica, factores culturales, somatización.

(World Psychiatry 2009;8:178-180)

Aunque se ha estudiado la depresión en múltiples países de todo el mundo (1-3), casi todas las actividades de investigación en este campo se han realizado en los países occidentales, sobre todo en los Estados Unidos (4,5). Según el informe de la Organización Mundial de la Salud de 2007, los trastornos psiquiátricos y neurológicos que contribuyen a la morbilidad en Latinoamérica han aumentado a más del doble entre 1990 y 2002, desde una cifra estimada del 8,8% de años-vida ajustados con respecto a la discapacidad (DALY) en 1990 hasta un 22,2% en 2002 (6).

Pese a la influencia de la cultura ibérica, claramente se nota en Latinoamérica la existencia de una «identidad» diferente. En este contexto, muchos trastornos psiquiátricos tienden a expresarse de manera distinta a lo habitualmente percibido en los países occidentales. Por ejemplo, en Latinoamérica a menudo se observa que la depresión tiene una manifestación somática a través de síntomas como cefaleas, trastornos digestivos o manifestaciones de «nervios», más que síntomas psicológicos como tristeza oculta (7). En congruencia con esto, los datos clínicos indican que las mujeres que padecen depresión tienen una prevalencia más elevada de manifestaciones somáticas que los hombres (8-10).

Llevamos a cabo un estudio en la región de las tierras altas de los Andes ecuatorianos para tratar de comprender mejor los dominios somáticos y cognitivos de los síntomas depresivos comunicados por los propios pacientes e identificar las diferencias de tales síntomas según el género sexual.

La versión en español del Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II, 11), una escala de 21 apartados en la que los pacientes comunican ellos mismos los síntomas depresivos, la cual se ha validado en múltiples países latinoamericanos, fue administrada a 167 personas (71 hombres y 96 mujeres) en siete pequeñas parroquias del sur de los Andes de la provincia Zamora-Chinchipe de Ecuador. Un grupo de psicólogos de EE.UU., Centroamérica y Sudamérica y del Caribe llevaron a cabo múltiples sesiones de traducción y traducción inversa a fin de reducir el sesgo cultural (12). Se obtuvo la aprobación de una junta de análisis institucional de la Escuela de Medicina de la New York University para llevar a cabo este estudio. Los pacientes fueron reclutados en clínicas móviles atendidas por médicos y enfermeras voluntarios. Los individuos que sabían escribir rellenaron el cuestionario de autoinforme por sí mismos y personal natural de habla hispana que trabajaba en la clínica leyó las preguntas a los que no sabían leer.

Nueve personas no respondieron más del 20% de las preguntas del BDI-II y, por tanto, fueron excluidas del análisis final. Las edades de los individuos restantes fluctuaron entre 15 y 76 años con una media global del grupo de 33,8 ± 13,1 años.

El 25% de los individuos no tenía depresión o ésta era mínima (BDI-II < 14) y el 15% de los sujetos tenía depresión leve (BDI-II 14-19). El 60% restante de las personas tenía calificaciones del BDI-II que cumplían con los requisitos para el diagnóstico de depresión moderada (28%) o grave (32%). El mayor número de los informantes deprimidos comunicó presentar llantos (55%) y disfunciones previas (41%). Las mujeres comunicaron grados más elevados de trastornos del sueño ($t = 2.77$, $df = 146$, $p = 0,006$) y fatiga ($t = 2,09$, $df = 154$, $p = 0,038$) que los hombres. Las mujeres mostraron más síntomas depresivos y síntomas somáticos que los hombres, pero la diferencia no fue significativa ($t = 1,67$, $df = 156$, $p = 0,098$ y $t = 1,98$, $df = 154$, $p = 0,058$, respectivamente). La calificación media en los apartados sobre aspectos somáticos fue significativamente más elevada que la calificación media de los aparta-

dos sobre los aspectos cognitivos (1,25 ± 0,63 frente a 0,78 ± 0,56, t = 12,42, df = 148, p = 0,001).

En un análisis de regresión logística, el grado de formación resultó ser el único factor pronosticado significativo de la depresión según el BDI-II. Así mismo, un grado de formación más elevado se asoció a una menor gravedad de los síntomas.

Se debe tener en cuenta la perspectiva ecuatoriana de la depresión y la enfermedad psiquiátrica para que la interpretación de nuestros resultados sea apropiada a la cultura. Los indios de Saraguro de Ecuador identifican una enfermedad psiquiátrica culturalmente importante que llaman «nervios», la cual produce síntomas muy similares a los observados en la depresión en los países occidentales (13). El término «nervios» es un modismo poderoso de malestar psicológico utilizado por hispanoamericanos y latinoamericanos de diversos países del Caribe, Centroamérica y Sudamérica para expresar preocupaciones sobre molestias físicas, estados emocionales y cambios vitales (14). El término «nervios» no necesariamente es patológico, pero se observa como una consecuencia natural de la condición humana.

Los indios de Saraguro reconocen que existen «nervios» en una escala de intensidad. Los síntomas de la enfermedad tienen el potencial de ser tan graves que se convierten en patológicos o incluso mortales en algunos individuos (15). Tales casos pueden caracterizarse por una falta extrema de preocupación por la higiene personal, por alteraciones importantes del apetito o el sueño y por una anhedonia grave. Los casos que implican pensamientos suicidas o actividad convulsiva no epiléptica se reconocen como las manifestaciones más graves de los «nervios» y por tanto se consideran patológicos.

La elevada prevalencia de los síntomas depresivos autonotificados en nuestro estudio es atribuible en parte a la aceptación de los «nervios» por los indios de Saraguro como una respuesta no patológica, normal, a los factores cotidianos estresantes, lo cual legitima la experiencia y la libera del estigma asociado a las enfermedades psiquiátricas (16,17). No hay incentivo para medicalizar los síntomas de «nervios» en esta parte del mundo, donde los servicios psiquiátricos prácticamente son inexistentes, se dispone de antidepresivos sólo en un hospital a centenares de kilómetros de distancia y en ocasiones en clínicas médicas itinerantes, y el asistente psiquiátrico primario es un sacerdote responsable de la atención de varios centenares de personas de las provincias cercanas.

Las diferentes manifestaciones según el género que observamos en nuestro estudio pueden ser un reflejo de diferentes estilos de adaptación de hombres y mujeres; los primeros a menudo recurren al uso del alcohol como un medio de atacar los síntomas más manifiestos de los «nervios» observados en las mujeres. En los países occidentales, donde la norma es la manifestación cognitiva o afectiva de la depresión, las creencias sobre la tendencia a somatizar suelen aplicarse a grupos históricamente desprotegidos, como las mujeres y las minorías étnicas y raciales. Puesto que las normas culturales se forman en la sociedad, nos planteamos si en vez de preguntarnos por qué los latinoamericanos somatizan no nos preguntamos mejor por qué los occidentales «psicologizan» o expresan su malestar psicológico en términos cognitivos o afectivos (18).

La educación suele verse como una variable sustitutiva de la posición socioeconómica y se ha demostrado que influye favorablemente en el empleo, el trabajo, el salario y los ingresos (19). Sin embargo, el grado de empleo, otra variable sustitutiva frecuente de la posición socioeconómica, no confería protección contra los síntomas depresivos en las personas de nuestro estudio. La educación y el trabajo pueden estar relacionados de una manera diferente en la población ecuatoriana que en la de los países industrializados. Una explicación de estos hallazgos es que, a diferencia del trabajo de uno, que produce beneficios externos como provecho monetario y logros tangibles, los beneficios de la educación (habilitación personal) sólo son internos (20). Así mismo, en las sociedades comunitarias rurales muy cerradas, la posición socioeconómica elevada tiene un precio. En las tierras altas del Ecuador, por ejemplo, los individuos de profesiones más prestigiosas y utilitarias son susceptibles de efectos más intensos de los «nervios», debido a las responsabilidades que les impone su familia y sociedad orientadas a la comunidad (21). Los que tienen determinadas ocupaciones pueden incluso tener un incentivo adicional para mostrar deliberadamente los síntomas de «nervios» como un medio de absolverse temporalmente de sus responsabilidades.

En nuestro estudio, no se identificó ninguna relación entre la edad y los síntomas de depresión. Los indios de Saraguro piensan que toda persona, sea cual sea su edad y género sexual, es susceptible de experimentar «nervios». Son excepciones a la regla los niños que de manera involuntaria son protegidos de los factores estresantes de la vida adulta, como las expectativas sociales y las responsabilidades de trabajo, y por tanto, se presume que no experimentan «nervios». En la sociedad ecuatoriana, la edad avanzada conlleva una mayor sabiduría percibida de experiencia de vida; ulteriormente, los ancianos de esta sociedad son tratados con el máximo respeto y estima por todos los miembros de la sociedad. Como tales, las pérdidas emocionales que los ancianos ecuatorianos experimentan conforme avanzan en edad al parecer son compensadas por el incremento proporcionado de la autovalía social, secundario a una posición más alta en la comunidad.

Si bien nuestro estudio se suma a la comprensión transcultural de los síntomas depresivos, se necesitan estudios prospectivos para esclarecer las relaciones causales entre estos síntomas y los factores psicosociales y para mejorar la comprensión transcultural de la depresión. Son necesarias más investigaciones para la validación transcultural de los criterios existentes y para validar las características de los propios trastornos. En ámbitos de escasos recursos con mínimo acceso a la asistencia psiquiátrica, también es preciso apreciar las manifestaciones culturalmente específicas de la depresión y los factores sociales que influyen en ellas, a fin de mejorar las actividades de defensa de derechos, asegurar una mejor detección de la depresión en el público en general, formular intervenciones psicosociales innovadoras y garantizar la asignación de recursos proporcionales a las necesidades psiquiátricas.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a Thomas Stewart, Yale University; Ricardo Castaneda, New York University; y Janet About, Yale University, por su guía y apoyo en este proyecto.

Bibliografía

1. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) surveys. Int J Methods Psychiatr Res 2003;12:3-21.
2. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. World Psychiatry 2007;6:168-76.
3. Wang PS, Angermeyer M, Borges G et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. World Psychiatry 2007;6:177-85.
4. Kessler RC. Epidemiology of depression. In: Gotlib IH, Hammen CL (eds). Handbook of depression. New York: Guilford, 2002:23-42.
5. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA 2003;289:3095-105.
6. World Health Organization. Health in the Americas: an overview of regional health. Geneva: World Health Organization, 2007.
7. Escobar JI, Gureje O. Influence of cultural and social factors on the epidemiology of idiopathic somatic complaints and syndromes. Psychosom Med 2007;69:841-5.
8. Silverstein B. Gender differences in the prevalence of somatic versus pure depression: a replication. Am J Psychiatry 2002;159:1051-2.
9. Uebelacker LA, Strong D, Weinstock LM. Use of item response theory to understand differential functioning of DSM-IV major depression symptoms by race, ethnicity and gender. Psychol Med 2008;30:1-11.
10. Dennerstein L, Soares CN. The unique challenges of managing depression in mid-life women. World Psychiatry 2008;7:137-42.
11. Penley JA, Wiebe JS, Nwosu A. Psychometric properties of the Spanish Beck Depression Inventory-II in a medical sample. Psychol Assess 2003;15:569-77.
12. Brislin RW, Lonner WJ, Thorndike RM (eds). Cross-cultural research methods (comparative studies in behavioral science). New York: Wiley, 1973.
13. Parsons CD, Wakeley P. Idioms of distress: somatic responses to distress in everyday life. Cult Med Psychiatry 1991;15:111-32.
14. Guarnaccia PJ, Farias P. The social meanings of nervios: a case study of a central American woman. Soc Sci Med 1988;26:1223-31.
15. Finerman R. The burden of responsibility: duty, depression, and nervios in Andean Ecuador. Health Care Women Int 1989;10:141- 57.
16. Parsons T. Definitions of health and illness in the light of American values and social structure. In: Jaco E (ed). Patients, physicians and illness. New York: Free Press, 1979:107-27.
17. Wakefield JC. The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. World Psychiatry 2007; 6:149-56.
18. Kirmayer LJ. Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. J Clin Psychiatry 2001;62(Suppl. 13):22-8.
19. Ross CE, Mirowsky J. Sex differences in the effect of education on depression: resource multiplication or resource substitution? Soc Sci Med 2006;63:1400-13.
20. Sen A. Human capital and human capability. World Development 1997;25:1959-61.
21. Fryers T, Melzer D, Jenkins R. Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003;38:229-37.

Guía internacional para la prescripción de psicofármacos en el tratamiento de problemas de conducta de adultos con discapacidad intelectual

Shoumitro Deb[1,2], Henry Kwok[1,3], Marco Bertelli[1,4], Luis Salvador-Carulla[1,5], Elspeth Bradley[1,6], Jennifer Torr[1,7], Jarret Barnhill[1,8], por el Grupo de Elaboración de Directrices de la Sección de Psiquiatría de la discapacidad intelectual de la WPA

[1]WPA Section on Psychiatry of Intellectual Disability; [2]Department of Psychiatry, University of Birmingham, 25 Vincent Drive, Birmingham B15 2FG, UK; 3Kwai Chung Hospital, Hong Kong, China; [4]Italian Society for the Study of Mental Retardation, Florence, Italy; [5]University of Cadiz, Spain; [6]Department of Psychiatry, University of Toronto, Canada; [7]Monash University, Melbourne, Australia; [8]University of North Carolina School of Medicine, Chapel Hill, NC, USA

Se utilizan psicofármacos con regularidad para tratar los problemas de conducta de las personas con discapacidad intelectual. Esto es motivo de preocupación debido a que a menudo estos fármacos se utilizan para indicaciones terapéuticas no autorizadas en este contexto. La Sección de Psiquiatría de la Discapacidad Intelectual de la WPA formuló recientemente sus directrices internacionales basadas en datos factuales y en el consenso para el empleo de los psicofármacos en los problemas de conducta en los adultos con discapacidad intelectual, las cuales están dirigidas a los médicos. Esta guía proporciona consejos sobre la valoración de la conducta, la elaboración de una formulación clínica, el inicio del tratamiento, la valoración del pronóstico y los efectos adversos, los convenios para el seguimiento y la posibilidad de suspensión del tratamiento.

Palabras clave: Retraso mental, problemas de conducta, psicofármacos, directriz internacional

(World Psychiatry 2009;8:181-186)

La discapacidad intelectual (DI) o retraso mental o discapacidad del aprendizaje es un trastorno de por vida que se incluye en el grupo de trastornos psiquiátricos de todos los sistemas de clasificación internacionales. Es un agrupamiento de síndromes (metasíndromes) que comprende una gama heterogénea de trastornos clínicos caracterizados por un déficit de la función cognitiva previo a la adquisición de las habilidades a través del aprendizaje (1). Más de un 30% de las personas con DI tienen un trastorno psiquiátrico concomitante, el cual a menudo se instaura en la infancia y persiste durante toda la adolescencia y la edad adulta (2,3).

Pese a esta realidad, la discapacidad intelectual y los trastornos relacionados todavía se consideran un campo incierto de la psiquiatría. En muchos países es escasa o nula la capacitación sobre la DI durante los estudios de pregrado en medicina o de especialización psiquiátrica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha resaltado recientemente las necesidades asistenciales no satisfechas de personas con discapacidad intelectual (4). Los psiquiatras constituyen los primeros profesionales sanitarios que establecen contacto con este grupo de pacientes y hay un vacío general en la formación y las directrices sobre los aspectos psiquiátricos relacionados con la DI.

Dentro del campo de la DI, la valoración, el diagnóstico diferencial y el tratamiento de los problemas de conducta (PC) merecen especial atención. La frecuencia de PC en personas con DI es elevada (5) y su presentación está determinada por muchos factores complejos. La contribución patógena de trastornos orgánicos, trastornos psiquiátricos, influencias ambientales o una combinación de éstas tiene que establecerse a conciencia para cada caso individual.

La prevalencia de los PC en personas con DI al parecer es tan elevado (5,6) que constituye un problema importante en esta población. Dependiendo de la definición y la metodología, se ha comunicado que las tasas varían de un 5,7 a un 17% (7-10). Utilizando los Criterios Diagnósticos de los Trastornos Psiquiátricos para Uso en adultos con Discapacidades del Aprendizaje (DC-LD) (11), Cooper y cols. (12,13) observaron recientemente que la prevalencia puntual de la agresión y de la conducta autolesiva era de un 9,8% y un 4,9%, respectivamente, en los adultos (16 y más años de edad) con DI en un ámbito extrahospitalario.

Se ha comunicado que el 20-45% de las personas con DI recibe psicofármacos y que un 14-30% recibe psicofármacos para el tratamiento de los PC como agresión o conductas autolesivas (14,15) sin que tengan un trastorno psiquiátrico diagnosticado. Son ejemplos de psicofármacos utilizados para los adultos con DI: antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos (benzodiazepinas, buspirona, betabloqueantes), estabilizadores afectivos (litio, antiepilépticos), psicoestimulantes y antagonistas de opiáceos. Spreat y cols. (16) comunicaron que hasta dos tercios de los psicofármacos prescritos a las personas con DI son antipsicóticos.

Los estudios indican que los PC no sólo son frecuentes sino también persistentes en las personas con DI (17-19). Totsika y cols. (20) observaron que los ataques físicos graves, la autolesión y la estereotipia psicomotriz eran los tipos de PC que más probablemente persisten en el transcurso del tiempo. Por tanto, indicaron que era necesario comenzar con las intervenciones terapéuticas lo más pronto posible para evitar que las conductas se volvieran más graves y reducir el número de conductas emergentes. Se ha señalado que muchas de las conductas que surgen son una consecuencia directa de las limitaciones de la capacidad de las personas para comunicarse con eficacia (21-25). Por consiguiente, el reemplazo de la «conducta aprendida» a una edad precoz con formas más aceptables de comunicación puede no sólo disminuir el número de conductas emergentes sino también reducir la gravedad de las conductas que ocurren.

La tasa de prescripción de psicofármacos para tratar los PC es motivo de preocupación debido a los escasos indicios en torno a su eficacia y efectos adversos y a su repercusión en la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual (14,26-29). Muchos adultos con DI reciben múltiples psicofármacos y en dosis altas.

LA DIRECTRIZ INTERNACIONAL

Marco de referencia y desarrollo

La guía internacional es una adaptación de la guía recién desarrollada sobre el tema (30) en el Reino Unido. Esta última se adhirió al procedimiento de elaboración de las directrices de NICE. Esto comprende un análisis sistemático de los datos científico-estadísticos y un amplio consenso basado en los datos factuales disponibles sobre un buen ejercicio clínico. Se realizó una amplia consulta entre los interesados antes de finalizar las recomendaciones.

La guía internacional refleja el conocimiento disponible y la perspectiva de psiquiatras expertos en la DI de diferentes partes del mundo. Un problema de conducta se define aquí como una «conducta socialmente inaceptable que produce malestar psicológico, lesión o desventaja a las propias personas o a otras y que por lo general exige algún tipo de intervención» (30). La guía no respalda ni refuta el empleo de psicofármacos en este contexto, sino que proporciona a los médicos y a los cuidadores de adultos con DI de todo el mundo consejos prácticos satisfactorios pese a la falta de pruebas adecuadas de una calidad satisfactoria en torno a este tema. En los siguientes apartados se resumen las principales recomendaciones contenidas en la guía.

Valoración y formulación

El objetivo principal del tratamiento de los PC en las personas con DI no debería ser el tratamiento de la propia conducta sino identificar y abordar la causa fundamental de la conducta. Sin embargo, no siempre es posible encontrar una causa del PC. Cuando no es posible esto, la estrategia de tratamiento ha de minimizar la repercusión de la conducta en el individuo, en el entorno que lo rodea y en otras personas.

Puede haber múltiples motivos para el PC, por ejemplo, problemas físicos y de salud mental. Muchos factores internos (p. ej., experiencias negativas durante la infancia, estrategias de adaptación inadaptativas) o externos (p. ej., un entorno infraestimulante o supraestimulante) a la persona pueden contribuir a los PC. A veces se utiliza la conducta como un medio para comunicarse. Por ejemplo, las personas con DI grave que no pueden hablar o utilizar un lenguaje de signos pueden llorar cuando sienten dolor y no pueden comunicar este mensaje de alguna otra manera. En ocasiones las personas con DI pueden recurrir a la conducta para comunicar sus gustos y aversiones.

Por tanto, una valoración meticulosa de las causas de la conducta y sus consecuencias, junto con una formulación clínica, constituye un requisito absoluto para el tratamiento de cualquier problema de la conducta. Para una valoración exhaustiva es necesaria la participación de varias disciplinas y de las familias y los cuidadores. Se deben abordar aspectos personales, psicológicos, sociales, ambientales, médicos y psiquiátricos. Una formulación diagnóstica multiaxial de múltiples niveles, como la recomendada en el sistema de clasificación DC-LD (11) y el Manual Diagnóstico-Discapacidad Intelectual (DM-ID) (31), puede ser útil en este contexto. Se debe realizar una formulación aun cuando no se tenga establecido un diagnóstico médico o psiquiátrico.

Por regla general, la formulación ha de consistir en lo siguiente:

- Una lista de los PC que se elegirán para tratar.
- Una descripción clara de los PC, incluida su frecuencia y gravedad.
- Una valoración de las causas que dan lugar al PC.
- Un registro de las reacciones y de los desenlaces de la conducta.
- Una evaluación de los factores de riesgo predisponentes, desencadenantes y perpetuantes.
- Consideración de todas las opciones de tratamiento y su desenlace.
- El fundamento de la opción de tratamiento que se propone.
- Una valoración del riesgo para todas las partes involucradas.
- Posibles beneficios y efectos adversos de las intervenciones propuestas.
- El posible efecto de las intervenciones propuestas sobre la calidad de vida de las personas y su familia.

Una valoración y formulación apropiadas dependerán a menudo de la participación de la persona con DI o de su familia o cuidadores, o de las tres partes a la vez. Esta participación debe continuar en cada etapa del tratamiento. Es importante informar a la persona que tiene DI de manera que pueda comprender. Puede necesitarse más tiempo y esfuerzo por parte del personal sanitario y de otros miembros del equipo multidisciplinario. Asimismo, puede ser necesario el empleo de otros métodos de transmisión de información, como las fotografías.

A veces también se necesita la intervención multidisciplinaria durante la implementación y la vigilancia de las opciones de tratamiento. Esto no siempre es posible de lograr, debido a la falta de recursos o experiencia en este campo. Cuando es pertinente y posible, se intentará lograr la participación multidisciplinaria en el proceso de valoración y tratamiento.

Cuándo plantearse el tratamiento farmacológico

Si hay una causa física o psiquiátrica evidente de la conducta ésta debe tratarse en forma apropiada. Se ha de seguir las guías pertinentes que determinan el empleo de fármacos en el tratamiento del trastorno psiquiátrico específico (32,33).

Si no se puede reconocer ningún trastorno físico o psiquiátrico que se pueda tratar, entonces se valorará inicialmente la posibilidad de un tratamiento no farmacológico como las estrategias conductuales. En ocasiones, después de valorar las opciones de tratamiento no farmacológico, puede necesitarse medicación sola o como un complemento al tratamiento no farmacológico. Sin embargo, también es posible mejorar el PC de la persona brindando consejos o abordando algunos factores sociales y ambientales adversos, por ejemplo, mediante la

identificación de actividades más agradables durante el día y el empleo simultáneo de fármacos para hacer que el individuo preocupado esté menos ansioso. Esto puede verse como una estrategia provisional que luego debe ser objeto de seguimiento a intervalos regulares para valorar su eficacia.

La situación exacta en la que deben implementarse las estrategias de tratamiento farmacológico y no farmacológico dependerá de las circunstancias individuales. A continuación se presentan algunas de las situaciones en las que los médicos pueden valorar el empleo del tratamiento farmacológico:

- Ineficacia de las intervenciones no farmacológicas.
- Riesgo e indicios de daño y malestar psicológico para sí mismo.
- Riesgo e indicios de daño y malestar psicológico para otros o a la propiedad.
- Alta frecuencia y gravedad del PC.
- Tratamiento de un trastorno psiquiátrico subyacente o ansiedad.
- Calmar a una persona para hacer posible la implementación de intervenciones no farmacológicas.
- Riesgo de crisis para la custodia de la persona.
- Una respuesta previa satisfactoria al tratamiento farmacológico.
- Opción de la persona y el cuidador.

La falta de intervenciones no farmacológicas adecuadas o disponibles no debe ser el único motivo para utilizar el tratamiento farmacológico, aunque en la práctica esto ha ocurrido. En tales circunstancias, se debe usar durante el período más breve posible.

El tratamiento del PC siempre debe centrarse en el individuo. Se ha de comentar el plan con la persona con DI o sus cuidadores, o con ambos, y se debe formular de acuerdo con los mejores intereses del individuo. La prescripción no debe realizarse en forma aislada, sino que siempre debe ser parte de un plan de tratamiento mucho más amplio centrado en la persona.

Seguimiento de la efectividad del tratamiento farmacológico

Debe realizarse un seguimiento de la efectividad y de los posibles efectos adversos del tratamiento farmacológico prescrito a intervalos periódicos. Esto ha de incluir obtener información objetiva de los familiares, los cuidadores, el personal del equipo multidisciplinario así como de la persona con DI, cuando es necesario y factible. Se ha de realizar también la exploración física y las pruebas pertinentes como los análisis hemáticos y el ECG/EKG cuando se juzgue necesario.

Se ha de prescribir el tratamiento farmacológico en la dosis más baja posible con una duración mínima. Las estrategias de tratamiento no farmacológico y el abandono del tratamiento siempre han de valorarse a intervalos periódicos. Si es insatisfactoria la mejoría del PC, se hará lo posible por reevaluar la formulación y el plan de tratamiento.

Aspectos relacionados con la comunicación

El plan de tratamiento se ha de comunicar claramente a la persona con DI y a sus familiares y cuidadores y a todos los demás profesionales pertinentes que participen y que deban estar enterados. Este proceso ha de actualizarse a intervalos periódicos. Puede necesitarse un formato accesible al comunicarse con los adultos con DI. La prescripción se lleva a cabo de acuerdo con el marco legal de cada país y se documenta con claridad en el expediente clínico.

En la figura 1 presentamos un organigrama que resume las principales actividades inherentes al proceso de prescripción y seguimiento de su efecto.

Principios generales para la prescripción de psicofármacos

Todo profesional que prescriba fármacos para tratar los PC en los adultos con DI debe tener presente los siguientes aspectos de un buen ejercicio:

- El tratamiento farmacológico ha de utilizarse sólo si es lo que más le conviene a la persona.
- Se han de tomar en cuenta todas las opciones de tratamiento no farmacológico y éste ha de verse como necesario bajo las circunstancias o junto con un tratamiento no farmacológico.
- Si es posible, se han de tomar en cuenta los datos que demuestren que el tratamiento farmacológico es rentable.
- Se ha de registrar la información sobre qué fármacos fueron eficaces con anterioridad y cuáles no.
- Si el tratamiento farmacológico utilizado con anterioridad produjo efectos adversos inaceptables, se deben anotar los detalles.
- Se ha de tomar en cuenta el efecto de la disponibilidad o no disponibilidad de determinados servicios y tratamientos en el plan terapéutico.
- Se deben seguir los protocolos locales y nacionales pertinentes así como las directrices.

Una vez que se toma la decisión para prescribir el tratamiento farmacológico, se observarán los siguientes puntos:

- Llevar a cabo a intervalos regulares las exploraciones físicas y los análisis de laboratorio apropiados.
- Explicar a la persona o a su familia o cuidadores o a todos si el fármaco se está utilizando con una indicación terapéutica extraoficial. En este caso, se les debe informar sobre los datos disponibles que demuestran su eficacia.
- Identificar a una persona clave que se asegurará de que el tratamiento farmacológico se administre en forma apropiada y que comunique todos los cambios a las partes interesadas.
- De ser posible, se proporciona a la persona o a su familia o a los cuidadores una copia del plan de tratamiento recomendado acordado en el momento de la prescripción.
- En la medida de lo posible, debe haber una forma objetiva de valorar los desenlaces, lo que comprende efectos adversos (cuando sea posible se recomienda el empleo de escalas estandarizadas o la vigilancia de la gravedad y la frecuencia de la conducta elegida como objetivo) (34).
- Asegurarse de que habrá valoraciones de seguimiento para la vigilancia continuada.
- En la medida de lo posible, se debe prescribir un fármaco a la vez para la DI.

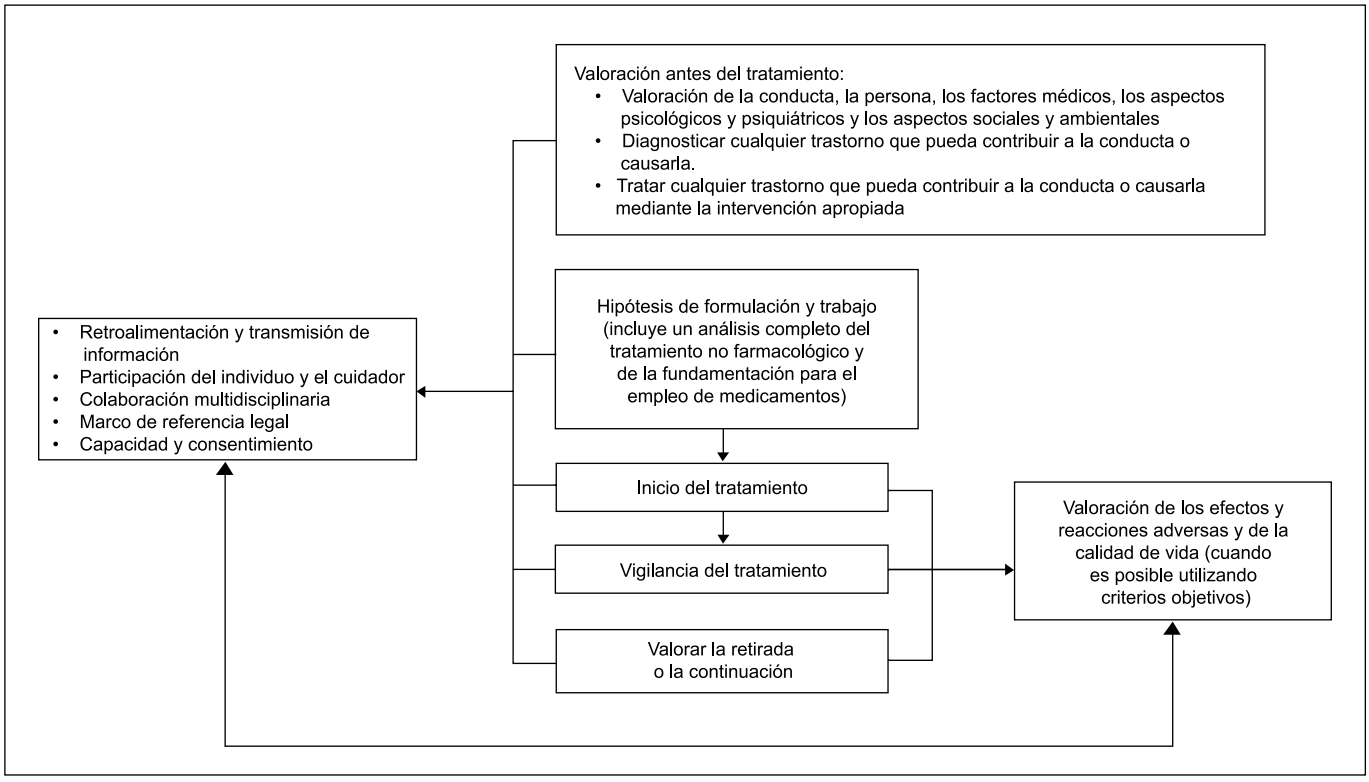

Figura 1. Procesos clave relacionados con el empleo de medicamentos para tratar los problemas de conducta en los adultos con discapacidad intelectual.

- Por regla general se debe utilizar el fármaco con el intervalo de dosis estándar recomendado.
- Una dosis por encima de la máxima recomendada para un fármaco deberá utilizarse sólo en circunstancias excepcionales después de un análisis exhaustivo con todos los participantes relevantes bajo las medidas de seguridad apropiadas y revisiones periódicas.
- Comenzar con una dosis baja y ajustar su aumento con lentitud.
- Se debe utilizar el fármaco a la dosis mínima necesaria por el período mínimo necesario.
- Se tendrá en cuenta la retirada del fármaco y la valoración de opciones de tratamiento no farmacológico.

En la actualidad no es posible recomendar el tipo de medicación para el tratamiento de PC específicos pues no hay datos que respalden tal especificidad (35).

Riesgos inherentes a la prescripción de fármacos en los adultos con discapacidad intelectual y problemas de conducta

Casi todos los fármacos conllevan el riesgo potencial de producir efectos adversos. Sin embargo, las pruebas se derivan en gran parte de estudios realizados en pacientes que no tienen DI. Por ejemplo, los datos actuales demuestran que varios fármacos antipsicóticos más novedosos pueden producir aumento de peso y algunas anomalías metabólicas relacionadas con la tolerancia a la glucosa, el metabolismo de los lípidos y la secreción de prolactina (36).

No se dispone de datos de calidad satisfactoria que respalden o que refuten las inquietudes de que las personas con DI puedan tener más riesgo de efectos adversos de los fármacos que la población general sin DI. La escasez de datos de buena calidad no significa que el fármaco conlleve un riesgo inaceptable específicamente para los adultos con DI.

En vista de las consideraciones anteriores, se han de tener en cuenta los siguientes puntos generales:

- Comentar con la persona o su familia o sus cuidadores, o con los tres, sobre los posibles efectos adversos frecuentes y graves relacionados con los fármacos (cuando sea posible proporcionar información accesible por escrito).
- Recomendar las acciones que han de tomarse cuando ocurra una reacción adversa importante.
- Todas las reacciones adversas deben registrarse en forma apropiada.
- Una vez que se prescribe el fármaco, se ha de valorar con regularidad el riesgo y el beneficio prestando especial atención a la calidad de vida de la persona y de su familia o sus cuidadores.

Retirada de fármacos que se han prescrito por un periodo prolongado

Los estudios sobre la retirada de fármacos demuestran que en algunas personas con DI se puede retirar satisfactoriamente el medicamento después de un periodo prolongado de uso (37,38). En otro grupo se puede reducir la dosis pero no es posible la retirada total. Por último, sigue habiendo algunos casos en los que no se pueden reducir los fármacos aun después de un periodo de uso muy prolongado. Muchos factores afectan a la retirada satisfactoria del medicamento, entre ellos,

factores sociales y ambientales como la formación y la actitud del personal clínico. Sin embargo, basándose en tales datos, no es posible recomendar qué fármaco retirar y la rapidez de su retirada, pero se proponen las siguientes recomendaciones generales:

- Tratar de estabilizar el PC de la persona con un mínimo número de medicamentos prescritos en la dosis más baja posible.
- Retirar un medicamento a la vez.
- Retirar lentamente el medicamento.
- Si es necesario, dar tiempo (a veces algunas semanas) después de retirar un medicamento y antes de comenzar a retirar otro.

PERSPECTIVAS PARA EL FUTURO

Existen planes para publicar esta guía en otros idiomas como se ha realizado con directrices previas producidas por la Sección de Psiquiatría de Discapacidades Intelectuales de la WPA. En este año se dispondrá de traducciones al español y al italiano. La sección también tiene pensado elaborar materiales de enseñanza sobre la valoración de los problemas de conducta en los adultos con discapacidad intelectual e intensificar los vínculos con otras organizaciones internacionales sobre este tema.

Agradecimientos

Agradecemos a Nick Bouras por su apoyo para la guía. También agradecemos el apoyo de la Italian Society of Intellectual Disability por el desarrollo de la versión italiana de la guía, de Juan Carlos García Gutiérrez y la Sociedad Española para el Estudio Científico del Retraso Mental (AEECRM, por sus siglas en inglés) y a Virginia Otón y la Federación Española del Síndrome de Down (FESM) por la preparación de la versión en español.

Bibliografía

1. Salvador-Carulla L, Bertelli M. 'Mental retardation' or 'intellectual disability': time for a conceptual change. Psychopathology 2008;41: 10-6.
2. Cooper S-A, Smiley E, Morrison J et al. Prevalence of and associations with mental ill-health in adults with intellectual disabilities. Br J Psychiatry 2007;190:27-35.
3. Einfeld SL, Piccinin AM, Mackinnon A et al. Psychopathology in young people with intellectual disability. JAMA 2006;296:1981-9.
4. World Health Organization. Atlas on country resources in intellectual disabilities. Geneva: World Health Organization, 2007.
5. Deb S, Thomas M, Bright C. Mental disorder in adults with intellectual disability. 2: The rate of behaviour disorders among a community- based population aged between 16 and 64 years. J Intellect Disabil Res 2001;45:506-14.
6. Smith S, Branford D, Collacott R et al. Prevalence and cluster typology of maladaptive behaviours in a geographically defined population of adults with learning disabilities. Br J Psychiatry 1996;169: 219-27.
7. Qureshi H, Alborz A. Epidemiology of challenging behaviour. Ment Hand Res 1992;5:130-45.
8. Kiernan C, Reeves D, Hatton C et al. The HARC Challenging Behaviour Project. Report 1: Persistence and change in the challenging behaviour of people with a learning disability. Manchester: Hester Adrian Research Centre, University of Manchester, 1997.
9. Emerson E, Kiernan C, Alborz A et al. The prevalence of challenging behaviours: a total population study. Res Dev Disabil 2001;22: 77-93.
10. Lowe K, Allen D, Jones E et al. Challenging behaviours: prevalence and topographies. J Intellect Disabil Res 2007;51:625-36.
11. Royal College of Psychiatrists. Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation (DC-LD). London: Gaskell, 2001.
12. Cooper S-A, Smiley E, Allan LM et al. Adults with intellectual disabilities: prevalence, incidence and remission of aggressive behaviour and related factors. J Intellect Disabil Res 2009;53:217-32.
13. Cooper S-A, Smiley E, Allan LM et al. Adults with intellectual disabilities: prevalence, incidence and remission of self-injurious behaviour, and related factors. J Intellect Disabil Res 2009;53:200-16.
14. larke DJ, Kelley S, Thinn K et al. Psychotropic drugs and mental retardation: 1. Disabilities and the prescription of drugs for behaviour and for epilepsy in 3 residential settings. J Ment Defic Res 1990;28:229-33.
15. Deb S, Fraser W. The use of medication in people with learning disability: towards more rational prescribing. Hum Psychopharmacol 1994;9:259-72.
16. Spreat S, Conroy J, Jones J. Use of psychotropic medication in Oklahoma: a statewide survey. Am J Ment Retard 1997;102:80-5.
17. Emerson E, Kiernan C, Alborz A et al. Predicting the persistence of severe self-injurious behaviour. Res Dev Disabil 2001;22:67-75.
18. Einfeld SL, Tonge BJ. Population prevalence of psychopathology in children and adolescents with intellectual disability: II. Epidemiological findings. J Intellect Disabil Res 1996;40:99-109.
19. Green V, O'Reilly M, Itchon J et al. Persistence of early emerging aberrant behaviour in children with developmental disabilities. Res Dev Disabil 2005;26:47-55.
20. Totsika V, Toogood S, Hastings RP et al. Persistence of challenging behaviours in adults with intellectual disability over a period of 11 years. J Intellect Disabil Res 2008;52:446-57.
21. Carr EG, Levin L, McConnachie G et al. Communication-based intervention for problem behavior: a user's guide for producing positive change. Baltimore: Brookes, 1994.
22. Didden R, Duker PC, Korzilius H. Meta-analytic study on treatment effectiveness for problem behaviors with individuals who have mental retardation. Am J Ment Retard 1997;101:387-99.
23. Durand VM. Problem behaviour as communication. Behaviour Change 1993;10:126-97.
24. Schroeder SR, Tessel RE, Loupe PS et al. Severe behavior problems among people with developmental disabilities. In: MacLean WE, Jr. (ed). Ellis' handbook of mental deficiency, psychological theory and research, 3rd ed. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 1997:439-64.
25. Sigafoos J. Communication development and aberrant behaviour in children with developmental disabilities. Educ Train Ment Retard Dev Disabil 2000;35:168-76.
26. McGillivray JA, McCabe MP. Pharmacological management of challenging behavior of individuals with intellectual disability. Res Dev Disabil 2004;25:523-37.

27. Deb S. The role of medication in the management of behaviour problems in people with learning disabilities. Advances in Mental Health and Learning Disabilities 2007;1:26-31.
28. Tyrer P, Oliver-Africano PC, Ahmed Z et al. Risperidone, haloperidol, and placebo in the treatment of aggressive challenging behaviour in patients with intellectual disability: a randomised controlled trail. Lancet 2008;371:57-63.
29. Aman M, Gharabawi G. Treatment of behaviour disorders in mental retardation: report on transitioning to atypical antipsychotics, with an emphasis on risperidone. J Clin Psychiatry 2004;65:1197-210.
30. Deb S, Clarke D, Unwin G. Using medication to manage behaviour problems among adults with a learning disability: Quick Reference Guide (QRG). Birmingham: University of Birmingham; London: Royal College of Psychiatrists, 2006; www.ld-medication.bham.ac.uk.
31. Fletcher R, Loschen E, Stavrakaki C et al (eds). Diagnostic Manual- Intellectual Disability (DM-ID): a textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability. Washington: National Association for the Dually Diagnosed Press and American Psychiatric Association, 2007.
32. National Institute for Health and Clinical Excellence. www.nice.org.uk.
33. Mezzich JE. Psychiatry for the Person: articulating medicine's science and humanism. World Psychiatry 2007;6:1-3.
34. Unwin G, Deb S. Psychiatric and behavioural assessment scales for adults with learning disabilities. Advances in Mental Health in Learning Disability 2008;2:37-45.
35. Unwin G, Deb S. Use of medication for the management of behaviour problems among adults with intellectual disabilities: a clinicians' consensus survey. Am J Ment Retard 2008;113:19-31.
36. Ucok A, Gaebel W. Side effects of atypical antipsychotics: a brief overview. World Psychiatry 2008;7:58-62.
37. Ahmed Z, Fraser W, Kerr MP et al. Reducing antipsychotic medication in people with a learning disability. Br J Psychiatry 2000;178: 42-6.
38. Branford D. Factors associated with the successful or unsuccessful withdrawal of antipsychotic drug therapy prescribed for people with learning disabilities. J Intellect Disabil Res 1996;40:322-9.

Pacientes psiquiátricos en las prisiones

JULIO ARBOLEDA-FLÓREZ

Queen's University, Kingston, Ontario, Canada

Los trastornos psiquiátricos suelen afectar a los dominios cognitivos, emocionales y volitivos y a las funciones de la personalidad, que también son funciones de interés en derecho penal, ya que son esenciales al momento de adjudicar culpa, declarar a un acusado como delincuente y dictar una sentencia. Por consiguiente, se ha descrito una relación entre las enfermedades psiquiátricas y la delincuencia y se ha enunciado como una de las causas de prisión de un gran número de pacientes psiquiátricos. Es cuestión debatida si esta relación es de una causalidad directa o indirecta a través de otras muchas variables, pero se acepta en general que las prisiones se han convertido de hecho en una parte importante de los sistemas psiquiátricos en muchos países. En este artículo se aborda el problema de tal relación y se proporcionan cifras estimadas de la prevalencia de los pacientes psiquiátricos en los presidios, iguales a las que se han recogido de muchos estudios realizados en diferentes países. También se brinda cierta orientación para el tratamiento de los pacientes psiquiátricos que abarrotan los sistemas penitenciarios.

Palabras clave: enfermedad psiquiátrica, prisiones, epidemiología, sistemas psiquiátricos.

(World Psychiatry 2009;8:187-189)

La relación entre algunos trastornos psiquiátricos y un riesgo elevado de comportamiento delictivo se ha comunicado una y otra vez. En una serie de 100 homicidas, el 29% tenía un diagnóstico de «psicosis» (el 21% con esquizofrenia y el 8% con trastornos afectivos) y un 35% tenían un diagnóstico de toxicomanía (1). La prevalencia de la conducta violenta en los alcohólicos es mucho más elevada que en los individuos no alcohólicos (2). La psicopatía está muy relacionada con un riesgo elevado de conducta delictiva y violenta (3). Los factores que parecen mediar la interacción entre las enfermedades psiquiátricas y los delitos son el género sexual (4), la edad (5), posición socioeconómica (6), delincuencia previa (7) y antecedentes de problemas psiquiátricos forenses (8). En un seguimiento a 30 años de una cohorte de naturales de Suecia, los varones que tenían un trastorno psiquiátrico tenían 2,5 veces más posibilidades de antecedentes de un delito penal y una posibilidad cuatro veces mayor de antecedentes de un delito violento que los hombres sin enfermedades psiquiátricas o con retraso mental (9).

Sin embargo, el grado de convergencia varía según el trastorno psiquiátrico. En primer lugar, hay muchos trastornos psiquiátricos cuyas manifestaciones comportamentales en sí son delitos penales por el acto, como es el caso de las parafilias, la piromanía, la cleptomanía y otros más. En estos casos, la relación entre el trastorno psiquiátrico y la delincuencia es unívoca.

En segundo lugar, los trastornos como la personalidad psicopática, la personalidad antisocial, la personalidad límite, el juego patológico y los trastornos del control de los impulsos conllevan un elemento delictivo, pero el grado de convergencia no es unívoca por cuanto los síntomas podrían expresarse sin que necesariamente se infrinja la ley. Por ejemplo, el alcoholismo se acompaña de un elevado riesgo de transgresión de la ley a través de la victimización durante el estado de intoxicación alcohólica y se sabe que las drogodependencias son motivo de actos delictivos cuyo propósito es obtener ingresos para financiar el hábito, pero sólo si el toxicómano no tiene los medios económicos para sostener su adicción.

Por último, el grado de convergencia es menos directo entre algunos otros trastornos psiquiátricos. Por ejemplo, las personas que padecen esquizofrenia pueden cometer graves delitos violentos inexplicables (10) y quienes padecen depresión mayor pueden manifestar un comportamiento violento contra sí mismos o contra otros individuos (11,12). Sin embargo, la relación entre estos trastornos y los delitos penales no es unívoca, ya que muchos individuos con enfermedades psiquiátricas que padecen esquizofrenia o depresión mayor nunca cometen un delito penal, pese a la elevada prevalencia de estos trastornos mentales en la población general.

Considerada desde una perspectiva diferente, es posible que la relación entre delincuencia y enfermedades psiquiátricas no sea una de causa y efecto, sino tan sólo el resultado de sistemas de asistencia sanitaria inadecuados. Sería lógico suponer que la falta de un número adecuado de camas en hospitales y la inexistencia de alternativas sociales creasen presiones en los sistemas correccionales alternativos (13) y que los delitos sociales de los enfermos psiquiátricos fuesen reflejo de una reacción y defensa en el contexto de la exposición a la victimización (14).

Por último, si bien es elevado el riesgo relativo de algunos trastornos psiquiátricos, debería recordarse que para fines de salud pública la medida que hay que tomar en cuenta es el riesgo atribuible. Pese a un elevado riesgo relativo, la violencia debida a la enfermedad psiquiátrica no es tan frecuente una vez que se toman en cuenta todas las demás causas de violencia en la sociedad. Se ha estimado que este riesgo es de un 3% y cuando se incluyen las toxicomanías y el alcoholismo es del orden de un 10% (15). Otras estimaciones ubican el riesgo en un 4,3% (16) o en una cifra mínima del 1% (17).

Por otra parte, cuando se sospecha un trastorno psiquiátrico en relación con un delito, la suposición no declarada es que el trastorno precedió al delito y por tanto puede de hecho haber sido la causa del delito. En realidad, es posible que el trastorno psiquiátrico que ya existía a una edad mucho más joven no hubiese sido un factor en el delito actual, o que el trastorno psiquiátrico hubiese aparecido después de haberse cometido el delito.

PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS

La psiquiatría correccional en el sentido más estricto designa el ejercicio psiquiátrico en el sistema correccional (18). En términos más amplios, la psiquiatría correccional es la rama de la psiquiatría forense que estudia la incidencia, la prevalencia, los factores determinantes y el tratamiento de los trastornos psiquiátricos en las prisiones, las respuestas de los sistemas penitenciarios a los delincuentes con enfermedades psiquiátricas y la relación entre la delincuencia y las enfermedades psiquiátricas (19).

Desde su invención hace 200 años, los centros penitenciarios siempre han aceptado con renuencia las enfermedades psiquiátricas. Pese a las múltiples comisiones gubernamentales y voluminosos informes parlamentarios de muchos países, así como la introducción de varias alternativas asistenciales, el problema persiste y al parecer está empeorando. En muchas ciudades, el gran número de pacientes psiquiátricos en las prisiones locales ha hecho del presidio una extensión práctica de los servicios psiquiátricos generales. El internamiento intercambiable de las personas con trastornos psiquiátricos en hospitales y prisiones se ha documentado en una gran cantidad de estudios que también han estimado sus cifras en diferentes puntos del sistema de justicia y penitenciario (20).

En las prisiones, también conocidas como centros de detención en algunos países, los informes de las investigaciones sobre la prevalencia de las enfermedades psiquiátricas datan de muchos años, lo mismo que los informes de las prisiones a más largo plazo. Un análisis sistemático de 62 encuestas en 12 países en las que participaron 22.790 reclusos demostró que de los hombres, un 26% era delincuente violento, un 3,7% tenía enfermedades psiquiátricas, un 10% padecía depresión mayor y el 65% tenía un trastorno de la personalidad, del cual el 47% era antisocial y, en las mujeres, un 4% tenía una enfermedad psicótica, un 12% tenía una depresión mayor y el 42% tenía un trastorno de la personalidad, el 21% de las cuales era antisocial (21).

Alrededor del 7% de los varones condenados, un 10% de los hombres detenidos y un 14% de las mujeres de las dos categorías habían sido afectados por una enfermedad psicótica en el año previo; y de las mujeres detenidas, el 75% comunicaron síntomas neuróticos y un 20% de los hombres y un 40% de las mujeres habían intentado suicidarse por lo menos una vez (un 25% de las mujeres en el año previo y el 2% de las mujeres y los hombres en la semana previa) (22). Se ha estimado la presentación de un antecedente de toxicomanía o de trastornos por dependencia en el curso de la vida en un 74% de los reclusos y casi el 37% tenía alcoholismo agudo o crónico o antecedentes de haber consumido drogas en los 30 días previos (23). Así mismo, de los 104 prisioneros sentenciados que llegaron a una prisión terapéutica en Inglaterra, el 26% tenía calificaciones de 30 o más en la Lista de Control de Psicopatía-Actualizada (PCL-R) y por tanto se identificaban como psicópatas (24).

En general, las estimaciones de la prevalencia de los enfermos psiquiátricos en los centros penitenciarios son muy variables, desde un 7% (25) hasta un 90% (26). Se han propuesto muchos motivos para explicar estas discrepancias, incluidos los problemas metodológicos, el tipo de instituciones donde se han realizado los estudios, la clase y el tamaño de las muestras utilizadas y la forma en que se definen los trastornos psiquiátricos (27,28).

La violencia en las cárceles está dirigida contra otros y a menudo contra sí mismos. Las personas mueren por suicidio más que por cualquier otra causa en los presidios y, dado que la mayor parte de los suicidios ocurren en los primeros días de detención o de reclusión en los centros de detención, son muy recomendables las precauciones y los métodos de detección especiales (29). La toxicomanía, la conducta suicida previa y el confinamiento en una sola celda se consideraron factores de riesgo para el suicidio (30).

TRATAMIENTO

La prevención es la mejor estrategia. Para garantizar que los pacientes no caigan en una conducta delictiva a causa de necesidad o por los síntomas, los sistemas psiquiátricos deberían tener tal flexibilidad que proporcionen un número adecuado de camas en las unidades psiquiátricas agudas de los hospitales generales, camas de rehabilitación en los hospitales de tercer nivel y una red de servicios en la comunidad que brinde tratamiento, apoyo y rehabilitación social a los pacientes y sus familias (31). La policía, como el guardián legal en primera instancia, debería participar en las actividades para despenalizar al paciente psiquiátrico (32). En muchas situaciones que afectan a los pacientes psiquiátricos, la policía también debería tener la autoridad legislativa para dirigir a los pacientes a los servicios psiquiátricos en casos en los que los delitos penales han sido leves o para asegurarse de que los pacientes sean dirigidos a los juzgados psiquiátricos localizados en varios centros urbanos importantes (33).

Cuando fracasa la prevención y los pacientes psiquiátricos acaban en prisión, los sistemas penitenciarios deberían contar con procedimientos para su atención y tratamiento. Desde el principio, y para seguir un principio de equivalencia, las opciones de tratamiento en las prisiones no deberían tener menor calidad que los servicios similares en la población (34) y deberían abordar las necesidades psiquiátricas y sanitarias inmediatas del recluso y, en comunicación con los sistemas psiquiátricos de la ciudad, formular planes adecuados para el momento de su liberación. El consentimiento para el tratamiento y otras salvaguardas éticas pertinentes al tratamiento y la investigación en psiquiatría (35) deberían ser similares a los que se aplican en la sociedad, y los organismos reguladores o los guardianes de la investigación deberían ejercer su autoridad para supervisar que estos reglamentos se apliquen también detrás de las paredes de los presidios (36).

CONCLUSIONES

Las prisiones no son sólo «la más importante de todas nuestras instituciones de encarcelamiento» (37); también constituyen asilos psiquiátricos de nuestros tiempos por el número, la diversidad y la complejidad de los casos de enfermedades psiquiátricas de las personas que atienden (38). Las prisiones, al parecer, también han asumido parte de la responsabilidad del tratamiento de las toxicomanías y el alcoholismo. Sería muy discutible si ésta es una alternativa más humana o incluso más económica para las intervenciones sociales.

Pese a las múltiples acciones e iniciativas para minimizar las situaciones apremiantes del paciente psiquiátrico recluso y para prevenir el deterioro y el encarcelamiento y sobre todo las reincidencias de los encarcelamientos (39,40), sus cifras no dejan de aumentar. Puede ser necesaria una cooperación estrecha entre los organismos, nuevas modalidades de servicio y mejores enfoques terapéuticos para detener el traslado de pacientes psiquiátricos de los hospitales a las prisiones. Dado que desde principios de 1800 en muchos países las prisiones han sido el lugar habitual de los pacientes psiquiátricos en vez de las residencias para enfermos mentales, pese a todo lo que se ha hecho, al parecer es poco lo que se ha modificado y sus situaciones difíciles siguen siendo las mismas. *Plus ça change, plus c'est la même chose*.

Bibliografía

1. Yarvis RM. Axis I and Axis II diagnostic parameters of homicide. Bull Am Acad Psychiatry Law 1990;18:249-69.
2. Swanson JW, Holzer III CE, Ganju VK et al. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. Hosp Commun Psychiatry 1990;41:761-70.
3. Hare RD, Hart SD. Psychopathy, mental disorder and crime. In: Hodgins S (ed). Mental disorder and crime. Newbury Park: Sage, 1993:104-15.
4. Mednick SA, Pollock V, Volavka J et al. Biology and violence. In: Wolfgang ME, Weiner NA (eds). Criminal violence. Newbury Park: Sage, 1982:21-80.
5. Nestor PG. Neuropsychological and clinical correlates of murder and other forms of extreme violence in a forensic psychiatric population. J Nerv Ment Dis 1992;4:418-23.
6. Hodgins S. Mental disorder, intellectual disability and crime – evidence from a birth cohort. Arch Gen Psychiatry 1992;49:476-83.
7. Moore MH, Estrich SR, McGillis S et al. Dangerous offenders – the elusive target of justice. Cambridge: Harvard University Press, 1984.
8. Menzies RJ. Survival of the sanest – order and disorder in a pretrial psychiatric clinic. Toronto: University of Toronto Press, 1989.
9. Hodgins S. The criminality of mentally disordered persons. In: Hodgins S (ed). Mental disorder and crime. Newbury Park: Sage, 1993:3- 21.
10. McKay RD, Wright RE. Schizophrenia and antisocial (criminal) behaviour – some responses from sufferers and relatives. Med Sci Law 1984;24:192-8.
11. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depressive illness. New York: Oxford University Press, 1990.
12. Hatters Friedman S, Resnick PJ. Child murder by mothers: patterns and prevention. World Psychiatry 2007;6:142-8.
13. Penrose LS. Mental disease and crime. Outline of a comparative study of European statistics. Br Med Psychol 1939;18:1-15.
14. Estroff SE, Swanson JW, Lachicotte WS et al. Risk reconsidered: targets of violence in the social networks of people with serious psychiatric disorders. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998; 33:S95-101.
15. Stuart H, Arboleda-Flórez J. Mental illness and violence: are the public at risk? Psychiatr Serv 2001;52:654-9.
16. Swanson JW, Borum R, Swartz M et al. Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community. Crim Behav Ment Health 1996;6:317-38.
17. Wessely S, Castle D, Douglas A et al. The criminal careers of incident cases of schizophrenia. Psychol Med 1994;24:483-502.
18. Travin S. History of correctional psychiatry. In: Rosner R (ed). Principles and practice of forensic psychiatry. New York: Chapman & Hall, 1994:369-74.
19. Arboleda-Flórez J. Forensic psychiatry: contemporary scope, challenges and controversies. World Psychiatry 2006;5:87-91.
20. Brink JH, Doherty D, Boer A. Mental disorder in federal offenders: a Canadian prevalence study. Int J Law Psychiatry 2001;4-5:339-56.
21. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet 2002;359:545-50.
22. Fryers T, Brugha Y, Grounds A et al. Severe mental illness in prisoners. Br Med J 1998;317:1025-6.
23. Peters RH, Greenbaum PE, Edens JF et al. Prevalence of DSM-IV substance abuse and dependence disorders among prison inmates. Am J Drug Alcohol Abuse 1998;24:573-87.
24. Hobson J, Shine J. Measurement of psychopathy in a UK prison population referred for long term psychotherapy. Br J Criminol 1998;38:504-15.
25. Coid JW. How many psychiatric patients in prisons? Br J Psychiatry 1984;145:78-86.
26. Bland RC, Newman SC, Dyck RJ et al. Prevalence of psychiatric disorders and suicide attempts in a prison population. Can J Psychiatry 1990;35:407-13.
27. Arboleda-Flórez J. Epidemiology of mental illness among offenders. In: Streiner D, Carney J (eds). Psychiatric epidemiology in Canada. Toronto: University of Toronto Press (in press).
28. Lamb HR, Weinberger LE. The shift of psychiatric inpatient care from hospitals to jails and prisons. J Am Acad Psychiatric Law 2005;33:529-34.
29. Stuart H. Suicide behind bars. Curr Opin Psychiatry 2003;16:559- 64.
30. Fazel S, Lubbe S. Prevalence and characteristics of mental disorders in jails and prisons. Curr Opin Psychiatry 2005;18:550-4.
31. Sheldon CT, Aubry TD, Arboleda-Flórez J et al. Social disadvantage, mental illness and predictors of legal involvement. Int J Law Psychiatry 2006;29:249-56.
32. Arboleda-Flórez J, Crisanti A, Holley H. The police officer as a primary mental health resource. Calgary: The World Health Organization Centre for Research and Training in Mental Health (Pan American Health Organization, Washington), 1996.
33. Schneider RD, Bloom H, Heerema M. Mental health courts. Toronto: Irwin Law, 2007.
34. United Nations. Declaration for the treatment of prisoners. New York: United Nations, 1977.
35. Arboleda-Flórez J. The ethics of biomedical research on prisoners. Curr Opin Psychiatry 2005;18:514-7.
36. Konrad N, Arboleda-Flórez J, Jager AD et al. Prison psychiatry. Int J Prisoner Health 2007;3:1-3.
37. Steadman HJ, McCarty DW, Morrisey JP. Developing jail mental health services: practice and principles. Rockville: Department of Health and Human Services, 1986.
38. Konrad N. Prisons as new asylums. Curr Opin Psychiatry 2002; 15:583-7.
39. Roskes E, Feldman R. A collaborative community-based treatment program for offenders with mental illness. Psychiatr Serv 1999;50: 1614-9.
40. Lamb HR, Weinberger LE, Gross BH. Community treatment of severely mentally ill offenders under the jurisdiction of the criminal justice system: a review. Psychiatr Serv 1999;50:907-13.

Curso de capacitación de los instructores de la WPA sobre psiquiatría en la atención primaria

OYE GUREJE
Department of Psychiatry, University College Hospital, Ibadan, Nigeria

En el Centro de Conferencias de la Universidad de Ibadan, en la ciudad de Ibadan (Nigeria, África), del 26 al 30 de enero de 2009 tuvo lugar un curso de capacitación de la WPA dirigido a profesores de psiquiatría de las instituciones de enseñanza para médicos de salud pública de la población en el suroeste de Nigeria. En él participaron 25 profesionales seleccionados de entre los seis estados del suroeste del país (Lagos, Ogun, Ondo, Osun, Oyo y Ekiti) y los dos estados norcentrales de habla yoruba (Kogi y Kwara).

El seminario tuvo como propósito proporcionar a los participantes:

- Conocimientos, habilidades y competencias en torno a la psiquiatría y los trastornos psiquiátricos así como sobre los trastornos neurológicos frecuentes, y su contribución a la salud física, la economía y los desenlaces sociales.
- Conocimientos de los vínculos entre la psiquiatría y la pediatría, la obstetricia, el paludismo y la infección por VIH.
- Conocimientos de la normativa general y los contextos de implementación para la atención primaria.
- Conocimientos de la política y la legislación en psiquiatría.
- Habilidades para trabajar en la población y respaldo al personal sanitario voluntario en la población.
- Habilidades para la intervención ante desastres.

La selección de los participantes se llevó a cabo a través de la Agencia para el Desarrollo de la Asistencia Sanitaria Nacional Primaria en colaboración con los jefes de las diversas instituciones. Los participantes seleccionados eran profesores experimentados y veteranos que trabajaban en universidades de tecnología sanitaria, programas de capacitación de médicos de salud pública de la población en los hospitales académicos y cursos de tutores de médicos de salud pública de la población en el Hospital Académico Universitario de Ibadan. También hubo representantes de la Junta de Registro de Médicos de la Población (el organismo responsable de desarrollar los programas de enseñanza de los médicos de salud pública de la población y de autorizar las licencias para el ejercicio profesional de los médicos) y la Agencia para el Desarrollo de la Asistencia Sanitaria Primaria Nacional.

Las actividades del programa se realizaron diariamente desde las 8 de la mañana hasta las 5 de la tarde utilizando un programa de enseñanza adaptado, adhiriéndose al enfoque de los sistemas sanitarios generales y que es compatible con las directrices de la Asistencia Sanitaria Primaria de la Organización Mundial de la Salud (OMS-PHC). El programa fue elaborado previamente por R. Jenkins para Kenia y después adaptado y utilizado en Ghana (V. Doku), Malawi (F. Kauye) y Pakistán (R. Taj y R. Jenkins). Las conferencias didácticas breves se complementaron con 23 juegos de roles y discusiones de casos representativos. El personal de apoyo estuvo representado por O. Gureje, R. Jenkins y V. Doku. A los participantes se les proporcionó un cuestionario antes y después del curso para evaluar sus conocimientos de los aspectos psiquiátricos y evaluar los cambios debidos a la capacitación. El análisis de los cuestionarios se realizará a su debido tiempo.

Un aspecto importante que se resaltó en el curso fue la necesidad de los participantes de establecer planes de acción específicos para mejorar los resultados de la capacitación. Se acordaron de forma colectiva los siguientes planes:

- Proporcionar un informe por escrito sobre el curso a las autoridades en sus instituciones al cabo de una semana de concluido el curso.
- Plan para incorporar el contenido de las directrices de la OMS-PHC en sus notas de conferencias sobre psiquiatría en la siguiente sesión académica.
- Plan de los estudiantes para mejorar sus destrezas de enseñanza utilizando los juegos de roles y los intercambios de ideas.
- Una vez comprendida la relación entre la psiquiatría y la obstetricia, el paludismo, la infección por VIH y el SIDA, así como la pediatría, los participantes resolvieron sensibilizar a los profesores de otras materias en sus instituciones con respecto a la importancia de la psiquiatría en otros cursos y temas.
- Plan específico para comunicar al centro de Ibadan el programa académico de sus instituciones indicando cuándo tendrían lugar los cursos psiquiátricos a fin de facilitar la supervisión y la visita de apoyo de O. Gureje y su equipo en Ibadan.

Se acordó llevar a cabo un seguimiento, una valoración y el reforzamiento de los conocimientos ya adquiridos a través de las visitas programadas a los participantes en sus instituciones respectivas para observarlos enseñar a sus estudiantes el empleo de las destrezas adquiridas durante su capacitación.

La iniciativa es parte del Plan de Acción de la WPA para el trienio 2008-2011 (1).

Bibliografía

1. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. World Psychiatry 2008;7:129-30.

Actualización 2009 de los Programas de Educación de la WPA

ALAN TASMAN
Secretario de Educación de la WPA

Es del interés de quienes participan en la formación de la nueva generación de psiquiatras y otros especialistas garantizar que los residentes y los médicos tengan contacto con la gama más amplia de conocimientos médicos y psiquiátricos y ámbitos clínicos que sea posible,

para que puedan adquirir las destrezas clínicas apropiadas basadas en el conocimiento más actualizado. En este contexto la WPA ha creado una serie de programas educativos cuyo propósito es asegurarse de que los psiquiatras, otros especialistas y el público general, no importa en qué parte del mundo vivan o se capaciten, tengan la ventaja de recibir los últimos conocimientos sobre las causas, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas. En la web de la WPA están disponibles diversos materiales educativos (www.wpanet.org).

Un proyecto educativo reciente es el programa sobre trastornos de la personalidad elaborado por la WPA y la International Society for the Study of Personality Disorders (1,2). E. Simonsen y sus colaboradores han realizado un trabajo que es exhaustivo, pero organizado de manera que facilita el acceso al material a los interesados en cualquier etapa de sus carreras profesionales.

Poco después de la publicación de este número de *World Psychiatry* los lectores encontrarán una edición nueva y completamente actualizada del programa educativo sobre los trastornos depresivos (3) en la web de la WPA. Un objetivo importante de la actualización es lograr que estos nuevos materiales sean útiles en el ámbito de la atención primaria. Por consiguiente, una parte importante del proyecto global será la colaboración con otras organizaciones para desarrollar material que se pueda utilizar en la atención primaria.

Una declaración del Comité de Educación recién aprobada y titulada «Roles recomendados para el psiquiatra en las psicosis de primer episodio», está disponible en la web de la WPA bajo el apartado «Recursos educativos». Este documento fue preparado para proporcionar a los psiquiatras una guía sobre los avances más recientes en torno al conocimiento del inicio de la psicosis y las implicaciones de estas observaciones en la detección y la intervención oportunas.

Otro componente importante del Plan de Acción de la WPA para el trienio 2008-2011 es una revisión completa de las recomendaciones curriculares de la WPA para la educación de los estudiantes de medicina y residentes (4). El objetivo de este proyecto es asegurarse de que el material sea útil para los académicos en una amplia gama de programas de todo el mundo, con recursos muy variables. Además, el proyecto incluirá secciones sobre avances en diversos enfoques educativos, como la educación y la evaluación basadas en la competencia, que no fueron abordadas en los trabajos previos dado que aún no se disponía de estos enfoques.

Otro componente importante de los programas educativos futuros será desarrollar mecanismos para aprovechar los recursos tecnológicos existentes y futuros, como la educación interactiva informática y los programas de educación basados en telemedicina. Como un punto inicial para valorar la utilidad de la tecnología en las iniciativas educativas de la WPA, pensamos desarrollar una serie de programas de educación médica continuada (CME) online basándonos en las conferencias presentadas en los Congresos Mundiales e Internacionales de la WPA. También pretendemos desarrollar *online*, preguntas de revisión interactivas sobre educación médica continuada (CME), de manera que los psiquiatras tengan la oportunidad de obtener créditos curriculares en CME.

Otro ejemplo de planes para utilizar la tecnología educativa es un proyecto en curso del Comité de Educación de la WPA para preparar un libro de texto en psiquiatría dirigido a estudiantes de medicina y publicado en Wikipedia. Esta es una enciclopedia gratuita *online* que en la actualidad ha expandido su alcance y comprende libros en general y libros de texto. Si bien este programa aún no ha recibido la aprobación oficial de la WPA, ya que todavía no está completo ni se ha remitido para su aprobación, los individuos interesados pueden visitar la página de Internet de Wikipedia y consultar la versión de borrador actual (http://en.wikibooks.org/wiki/TextbookofPsychiatry).

Para abordar el interés actual sobre los estigmas en torno a las enfermedades psiquiátricas y los psiquiatras, hemos iniciado la preparación de un nuevo proyecto sobre información al público. El producto final será una sección diferente de la web de la WPA que contendrá materiales de la Asociación disponibles en los principales idiomas y con enlace a materiales de información al público difundidos por las Asociaciones Integrantes de la WPA, todos en los idiomas del país de origen. Además, se prevé que estos enlaces también contendrán materiales de información al público preparados por la WPA en el idioma natural de cada país.

Tenemos una agenda amplia y ambiciosa para el desarrollo de nuestros programas educativos en los próximos años. Esto es esencial en nuestro campo, pues el ritmo del avance de la psiquiatría es rápido y espectacular. Se invita a toda persona interesada en colaborar con cualquier aspecto de nuestros proyectos a ponerse en contacto conmigo, Allan Tasman, *WPA Secretary of Education*, a través de mi dirección electrónica: allan.tasman@louisville.edu. Nos deparan tiempos interesantes para el futuro de la educación psiquiátrica y la colaboración con el mayor número de personas posible hará que nuestros avances sean aún más impresionantes.

Bibliografía

1. Tasman A. The new WPA Educational Programme on Personality Disorders. World Psychiatry 2007;6:127-8.
2. Simonsen E, Ronningstam E, Millon T. A synopsis of the WPA Educational Program on Personality Disorders. World Psychiatry 2008;7:119-25.
3. Sartorius N. The update of the WPA Educational Programme on the Management of Depressive Disorders. World Psychiatry 2008;7:64.
4. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. World Psychiatry 2008;7:129-30.

Próximas sesiones científicas de la WPA

Tarek Okasha

WPA Secretary for Meetings

Desde mi elección como Secretario de Sesiones de la WPA durante el 14º Congreso Mundial de Psiquiatría el pasado septiembre, he tenido la oportunidad de continuar el trabajo del Secretario de Sesiones anterior, Pedro Ruiz (1), y añadir nuevas iniciativas con la ayuda del Comité Permanente de Sesiones recién asignado. Este Comité, que me honro en presidir, está representado por W. Gaebel como copresidente, H. Chaud-

hry, A. Monchablon y R. Cordoba como otros miembros, y F. Antun y J. Raboch en calidad de asesores. Todos los miembros de este Comité han participado en la organización de muchas sesiones regionales y temáticas de la WPA así como en los Congresos Mundiales que han tenido lugar en Hamburgo en 1999, El Cairo en 2005 y Praga en 2008 (2), lo cual me parece que habla de la capacidad de todos ellos para contribuir cada vez más a las mejoras de las sesiones auspiciadas y coauspiciadas por la WPA, contribuyendo así a mejorar la imagen de la WPA en todo el mundo.

El Comité decidió implementar y mejorar las tareas y las funciones de la WPA relacionadas con las sesiones auspiciadas y coauspiciadas mediante: a) mejoras de la calidad científica de las sesiones científicas de la WPA; b) trabajos en colaboración estrecha con el Secretario de Educación de la WPA para obtener créditos curriculares en CME para las sesiones de la WPA en la medida de lo posible; c) el trabajo en colaboración estrecha con el Secretario de Finanzas de la WPA para mejorar los ingresos económicos y la estabilidad de la WPA a través de las sesiones auspiciadas; d) el aumento del número de sesiones coauspiciadas por la WPA para lograr la participación de las cuatro regiones y las 18 zonas de la WPA, a fin de llegar a los países de ingresos altos, medianos y bajos; e) la difusión de la información, el conocimiento, los programas educativos y la experiencia de la WPA en todas las diferentes Regiones de la WPA; f) la preparación y organización de simposios en el mayor número de congresos de la WPA que sea posible en torno a «cómo organizar una sesión científica»; g) el enfoque, en la medida de lo posible, en los conocimientos basados en evidencia mediante conferencias orientadas a la investigación y la educación.

La WPA llevó a cabo un Congreso Internacional muy exitoso en Florencia, Italia, en abril pasado, en el que participaron más de 9.000 delegados de todo el mundo (3). Para el trienio 2008-2011, se han planificado ocho Congresos Regionales en Isla Margarita, Venezuela (2008), Dhaka, Bangladesh (2010), San Petersburgo, Rusia (2010), Pekín, China (2010), Cairo, Egipto (2011), Yerevan, Armenia (2011) y Taipei, Taiwán (2011), y se llevarán a cabo dos Simposios Temáticos en Toledo, España (2009) e Istanbul, Turquía (2011).

También tendremos por lo menos 54 Congresos coauspiciados por la WPA, organizados en colaboración con las Asociaciones Integrantes o las Asociaciones Afiliadas de la WPA al igual que otras asociaciones cuyas metas y objetivos armonizan con los de la WPA. El número de sesiones coauspiciadas por la WPA está creciendo a un ritmo constante.

Como es habitual, este trienio terminará con el Congreso Mundial de Psiquiatría, el cual tendrá lugar en Buenos Aires, Argentina, en septiembre de 2011.

Las sesiones de la WPA van a incluir, presentar y difundir aspectos científicos del Plan de Acción presentado por el presidente de la WPA, Mario Maj, para el trienio 2008-2011 (4).

Desde el congreso de Praga en 2008, la WPA ha auspiciado y coauspiciado sesiones a las que han asistido casi 34.000 profesionales psiquiátricos de todo el mundo.

Con el fuerte interés de las Asociaciones Integrantes y las Asociaciones Afiliadas de la WPA para realizar sesiones auspiciadas y coauspiciadas por la WPA, al parecer no sólo tendremos el mismo éxito con las sesiones de la WPA que en el último trienio, sino que superaremos su número. Si se cumplen debidamente estas expectativas y actividades, la WPA jugará un papel importante en la contribución a la calidad del conocimiento científico y la asistencia psiquiátrica que se ofrece en todo el mundo, en concreto en los países de ingresos medianos y bajos.

Bibliografía

1. Ruiz P. WPA Scientific Meetings as a vehicle for psychiatry leadership growth and development. World Psychiatry 2007;6:126-7.
2. Raboch J, Libiger J. The 14th World Congress of Psychiatry (Prague, September 20- 25, 2008). World Psychiatry 2008;7:63.
3. Maj M. The WPA International Congress "Treatments in Psychiatry: A New Update" (Florence, April 1-4, 2009). World Psychiatry 2008;7:189-92.
4. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. World Psychiatry 2008;7:129-30.

CONVOCATORIA PARA SOLICITUDES DE UNA BECA DE INVESTIGACIÓN OTORGADA POR LA WPA

EN EL INSTITUTE OF PSYCHIATRY OF LONDON

La World Psychiatric Association, como parte de su Plan de Acción para el trienio 2008-2011, ha lanzado un programa de becas de investigación para los psiquiatras en los años iniciales de su carrera profesional originarios de países de ingresos bajos o medianos bajos, en colaboración con centros de excelencia en psiquiatría reconocidos a nivel internacional. Dentro de este programa, la World Psychiatric Association está financiando una beca internacional en investigación en psiquiatría de un año de duración en el Institute of Psychiatry, King's College London.

Se aceptan solicitudes de psiquiatras menores de 40 años de edad o con menos de cinco años transcurridos desde que terminaron su residencia. La lista de los países elegibles (países de ingresos bajos o medianos bajos) está disponible en la página web del Banco Mundial (http://www. worldbank.org).

El acreedor de la beca recibirá un subsidio de 30.000 euros más viáticos (clase económica). Se comprometerá a informar a la World Psychiatric Association sobre los resultados de su actividad y a poner en práctica en su país de origen lo que haya aprendido.

Los aspirantes deberán enviar por e-mail su *curriculum vitae* a la Secretaría de la WPA (wpasecretariat@wpanet.org). El plazo límite para recibir solicitudes es el 30 de noviembre de 2009.