

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 12, Número 1



2014

EDITORIAL

Manteniendo una actitud abierta hacia el proyecto RDoC 1
M. MAJ

ARTÍCULOS ESPECIALES

Ventajas y limitaciones de las intervenciones terapéuticas para los trastornos mentales frecuentes por medio de Internet 4
G. ANDERSSON, N. TITOV

Usos y abusos del restablecimiento: implementación de las prácticas orientadas al restablecimiento en los sistemas de salud mental 12
M. SLADE, M. AMERING, M. FARKAS, B. HAMILTON, M. O'HAGAN Y COL.

PERSPECTIVAS

Los retos de los medios sociales para la psiquiatría 21
P.S. APPELBAUM, A. KOPELMAN

Grandes expectativas para la investigación participativa: ¿qué hemos logrado en los últimos diez años? 24
T. WYKES

FÓRUM – EL PROYECTO CRITERIOS DE DOMINIO DE INVESTIGACIÓN: PROMESAS Y LIMITACIONES

El modelo RDoC: facilitación de la transición del sistema ICD/DSM a los enfoques dimensionales que integran neurociencia y psicopatología 28
B.N. CUTHBERT

Comentarios

Retorno del RDoC 36
D.R. WEINBERGER, T.E. GOLDBERG

La pesadilla de Wittgenstein: por qué la matriz del RDoC necesita una dimensión conceptual 38
J.C. WAKEFIELD

¿Acelerará el RDoC la disminución del papel de Estados Unidos como líder mundial en la salud mental? 40
M.R. PHILLIPS

Acercamiento a la neurociencia humana para comprender la enfermedad 41
C.A. TAMMINGA

RDoC: ¿un mapa de caminos hacia la patogenia? 43
A. JABLENSKY, F. WATERS

El camino desde los diagnósticos de RDC/DSM hasta las dimensiones del RDoC 44
M.S. KESHAVAN, D. ONGUR

El programa RDoC: ¿psiquiatría sin psique? 46
J. PARNAS

El RDoC es necesario, pero muy exagerado 47
A. FRANCES

Camino que no lleva a ninguna parte 49
G.A. FAVA

¿El único o uno de muchos? Un comentario sobre el proyecto RDoC 50
N. SARTORIUS

Un enfoque integrador del diagnóstico y la investigación en psiquiatría 50
D.J. STEIN

Conservación de la interfaz clínico-investigador en la era del RDoC: la persistente necesidad de la caracterización de las poblaciones de estudio de acuerdo con el sistema DSM-5/ICD-11 51
M.B. FIRST

RDoC+: tomando seriamente la transferencia 54
K.W.M. FULFORD

ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

Combinación de psicoterapia con medicación antidepresiva en la depresión y los trastornos por ansiedad: un metaanálisis 56
P. CUIJPERS, M. SIJBRANDIJ, S.L. KOOLE, G. ANDERSSON, A.T. BEEKMAN Y COL.

Una aplicación terapéutica del método de muestreo de experiencia en el tratamiento de la depresión: un estudio randomizado controlado 68
I. KRAMER, C.J.P. SIMONS, J.A. HARTMANN, C. MENNE-LOTHMANN, W. VIECHTBAUER Y COL.

Un grupo recién identificado de adolescentes con riesgo «invisible» de psicopatología y conducta suicida: hallazgos del estudio SEYLE 78
V. CARLI, C.W. HOVEN, C. WASSERMAN, F. CHIESA, G. GUFFANTI Y COL.

PERSPECTIVAS

Interacción de genes y ambiente en la perspectiva evolutiva: diferentes susceptibilidades a influencias ambientales 87
J. BELSKY, S. HARTMAN

La evolución de la psicoeducación para el trastorno bipolar: desde las clínicas de litio hasta la psicoeducación integradora 90
F. COLOM

CARTAS AL EDITOR 93

NOTICIAS DE LA WPA 101

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 12, Número 1  2014

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: P. Ruiz (USA)

Editorial Board: D. Bhugra (UK), L. Kuëy (Turkey), T. Akiyama (Japan), T. Okasha (Egypt), E. Belfort (Venezuela), M. Riba (USA), A. Javed (UK).

Advisory Board: H.S. Akiskal (USA), R.D. Alarcón (USA), J.A. Costa e Silva (Brazil), J. Cox (UK), H. Herrman (Australia), M. Jorge (Brazil), H. Katschnig (Austria), F. Lieh-Mak (Hong Kong-China), F. Lolas (Chile), J.J. López-Ibor (Spain), J.E. Mezzich (USA), D. Moussaoui (Morocco), P. Munk-Jorgensen (Denmark), F. Njenga (Kenya), A. Okasha (Egypt), J. Parnas (Denmark), V. Patel (India), N. Sartorius (Switzerland), C. Stefanis (Greece), M. Tansella (Italy), A. Tasman (USA), S. Tyano (Israel), J. Zohar (Israel)

EDICIÓN ESPAÑOLA

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)

©Copyright World Psychiatric Association

©Traducción al castellano Ergon

ISSN: 1697-0683

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: Dr. José Luis González Hernández

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



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

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

Manteniendo una actitud abierta hacia el proyecto RDoC

MARIO MAJ

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

En la década de 1970 se lanzó un programa en Estados Unidos que tenía dos objetivos: a) mejorar la confiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos en trastornos clínicos ordinarios; b) facilitar la dilucidación de la fisiopatología de los trastornos mentales. En la consecución de estos objetivos diferentes, la misma herramienta se consideró apropiada: un sistema diagnóstico basado en criterios operacionales que definen de una manera explícita y precisa los diversos trastornos mentales.

El primero de estos objetivos parece haberse logrado en cierta medida, aunque todavía se carece de evidencia de investigación definitiva obtenida en contextos clínicos ordinarios (1). Sin embargo, la mayor fiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos puede haberse logrado a expensas de una simplificación excesiva de la psicopatología (2) y una deshumanización del ejercicio psiquiátrico (3). Es posible que hayamos perdido parte de la esencia de algunos constructos psicopatológicos al aplicarlos en términos operacionales y tal vez hayamos perdido parte de la esencia de la profesión psiquiátrica al reducir los procesos diagnósticos a una verificación de si se presenta o no se presenta una serie de síntomas.

El segundo de los objetivos antes señalados al parecer no se ha logrado, según lo reconocen los propios directores de la Comisión para el DSM-5 (4). A pesar de cuatro decenios de investigación intensiva y costosa, la fisiopatología de los trastornos mentales sigue siendo elusiva. Sin embargo, se podría aducir que realmente se ha reunido una gran parte de los datos neurobiológicos, y se han desarrollado varios modelos. Es posible simplemente que el rompecabezas a armar sea mucho más complejo que el originalmente previsto y que una declaración del fracaso pueda ser en efecto prematura.

Si el programa en realidad no ha logrado alcanzar su segundo objetivo, son posibles varias interpretaciones. La primera, y la más sencilla, es que todos los trastornos mentales definidos dentro del programa no son entidades nosológicas válidas, es decir, todo el sistema diagnóstico no se corresponde con las clases naturales. El segundo es que, si bien algunos de estos trastornos pueden ser entidades nosológicas válidas, el nivel en el cual se han descrito es más elevado que el nivel en el cual hay probabilidades de que surjan correlaciones fisiopatológicas significativas, es decir, necesitamos algunas entidades intermedias en las cuales basar nuestra investigación de los mecanismos neurobiológicos. El tercero es que la falta de evidencia debiera considerarse como evidencia de ausencia, es decir, los trastornos mentales pueden no ser susceptibles de una explicación fisiopatológica en el mismo sentido que, digamos, las enfermedades cardiológicas o las neurológicas. El daño al sustrato neural puede no ser necesario para que falle la función psicológica (5,6) o diversos procesos de orden superior pueden

intervenir entre el nivel de vulnerabilidad neurobiológica y el de las manifestaciones psicopatológicas, de manera que un enfoque reduccionista de abajo-arriba resulta insuficiente (7). Es posible que la índole de la psicopatología sea intrínsecamente heterogénea, y que procesos de orden superior expliquen la identidad de algunos trastornos mentales (por ejemplo, la anorexia nerviosa) mucho más que la de otros.

El proyecto Criterios de Dominios de Investigación (RDoC) es una continuidad conceptual del programa iniciado en la década de 1970. Uno de sus objetivos es, de nuevo, facilitar la dilucidación de los apuntalamientos neurobiológicos de la psicopatología. El otro es generar un sistema diagnóstico que sea más válido que el producido por el programa previo, al basarse, en analogía con el resto de la medicina, en variables biológicas. Para la consecución de estos diferentes objetivos, la misma herramienta se considera apropiada: un modelo de investigación que incluya algunos dominios funcionales, cada uno de los cuales consista en dimensiones conductuales que por lo menos preliminarmente se han relacionado con un circuito o una región del cerebro que son específicos.

El esquema de las dimensiones propuestas para el RDoC disponible en la página Web del National Institute of Mental Health realmente es impresionante. Contrario a lo que se podría inferir de los estudios publicados en revistas científicas, estas dimensiones no incluyen «conductas observables», sino también constructos como «percepción y comprensión del yo» y «comprensión de los estados mentales de otros», de manera que el componente «experencial» de la psicopatología también está representado. La lista de variables neurobiológicas probablemente es demasiado exhaustiva, por lo que el lector no puede identificar las más prometedoras (¿sería útil alguna indicación del nivel de evidencia disponible para cada una de ellas?). Al final de cada sección se proporciona una lista (breve) de citas bibliográficas, pero estas citas no están vinculadas a las variables propuestas. Aun así, en general, el modelo es notablemente informativo para los investigadores.

No obstante, la brecha entre las dimensiones propuestas y los signos y síntomas que, según Cuthbert reconoce, son «los fenómenos clínicos reales que hacen que los pacientes acudan a atención clínica» (8) es perceptible en varios campos. Si el problema con las categorías del DSM puede ser que están demasiado alejadas del nivel neurocientífico, el problema de por lo menos algunos de los constructos del proyecto RDoC tal vez sea que están un poco alejados del nivel de los fenómenos clínicos. Cuthbert parece sentirse confiado en que «tarde o temprano» será posible explicar síntomas incluso complejos, como los delirios, «en términos de pérdida de la regulación de las operaciones básicas del cerebro» (8). Sin embargo, ¿qué

ocurre si algunos de estos síntomas resultan no explicables en términos neurobiológicos? ¿Seguirán el destino de las categorías diagnósticas actuales de considerarse como constructos «inválidos»? De hecho, el proyecto RDoC puede ser visto por algunos académicos como un paso adicional, después de la introducción de los criterios diagnósticos operacionales, en la simplificación excesiva de la psicopatología y la deshumanización de la práctica psiquiátrica. Puede plantearse la inquietud de que nos estamos desviando gradualmente de la esencia de la psicopatología en vez de abordarla, y que estamos degradando más el componente humanista de la profesión psiquiátrica justamente en un momento en el que este componente se está revalorando en el resto de la medicina.

Sin embargo, una perspectiva alternativa, es que, el proyecto RDoC puede representar un estímulo para una reconceptuación de algunos síntomas complejos. De hecho, se han cuestionado recientemente varios elementos de la definición actual de los delirios (es decir, que representan «creencias falsas», que están basados en una «inferencia incorrecta» y que tal inferencia siempre considera «la realidad externa»), al menos en el caso de la esquizofrenia (9). Acaso lo que puede explicarse en términos neurobiológicos no sea las afirmaciones metafóricas del paciente sino las experiencias patológicas básicas que trata de comunicar a través de esas aseveraciones. Tal vez esté justificada una exploración más profunda de esas experiencias.

Cabe esperar que las dimensiones conductuales (y experienciales) propuestas por el proyecto RDoC «se interrelacionen con las entidades diagnósticas tradicionales» (8). Por consiguiente, estas últimas entidades en términos de Jaspers, serían «estructuras parecidas a mosaico» que constan de los mismos elementos que se repiten. Sin embargo, esto sigue siendo una hipótesis. Al menos algunas de estas dimensiones pueden tener diferentes matices y correlaciones neurológicas en relación parcial o completa con constructos diagnósticos actuales. Es de esperar que los diseños para la investigación dentro del proyecto permitan distinguir entre estas posibilidades alternativas. El razonamiento de Cuthbert de que los análisis «podrían realizarse en términos del factor del DSM, la dimensión del RDoC y la interacción» (8) parece apuntar en esta dirección.

Se afirma que el proyecto RDoC se desvía notablemente de los procesos del DSM y la ICD, los cuales estaban basados en «reuniones de grupos de trabajo extensas» que «generaron las series de diagnósticos» (8). Sin embargo, se podría aducir que los dominios funcionales del proyecto RDoC y las dimensiones incluidas en cada dominio se han identificado a través de un proceso similar. Son en el presente el resultado de un consenso entre expertos. Desde luego, ese consenso estuvo basado en evidencia de investigación disponible y se va a reconsiderar durante todo el proceso, pero no debiéramos olvidar que lo mismo es aplicable a los constructos del DSM y la ICD, varios de los cuales han sido tema de muchos centenares de estudios y se han revalorado repetidamente y analizado a lo largo de los años con base en la evidencia surgida de las investigaciones. Incidentalmente, un rasgo importante de los grupos de trabajo del DSM y la ICD ha sido su composición internacional, en tanto que una queja recurrente ha sido que los profesionales clínicos con experiencia práctica, que podrían proporcionar una perspectiva útil en torno a la aplicabilidad del sistema propuesto en condiciones clínicas ordinarias, no estuvieron lo sufi-

cientemente representados. Tal vez sea aconsejable reflexionar en esto.

En general, el proyecto RDoC parece tener muchas más probabilidades de lograr en cierta medida, en un futuro previsible, su primer objetivo (es decir, facilitar la dilucidación de los apuntalamientos neurobiológicos de la psicopatología), que el segundo, al menos según se formula actualmente (es decir, generar un sistema diagnóstico «basado en las neurociencias y en las ciencias conductuales más que en la fenomenología descriptiva»). Para lograr este último objetivo, de hecho, se necesitaría investigar una serie de medidas conductuales y biológicas cuya prueba y repetición de prueba o fiabilidad entre operadores así como su sensibilidad y especificidad para pronosticar los resultados (incluida la respuesta a diversos tratamientos) por lo menos sea la misma que para las variables actuales basadas en los síntomas, y cuya valoración sea factible y costeable en una gama aceptable de contextos clínicos en todo el mundo. Es muy probable que sea algo no alcanzable incluso a largo plazo. Por consiguiente, quizá sería prudente refrenarse de una confrontación polémica con el DSM y la ICD, lo cual no está justificado, sería perjudicial para el campo y confuso para los pacientes y las familias, para los colegas de otras disciplinas médicas, para las autoridades sanitarias y para la opinión pública.

También puede ser apropiado poner más énfasis en la versión menos ambiciosa del segundo objetivo, que también aparece en el documento de Cuthbert, es decir, la creación de variables neurobiológicas que puedan ayudar a subtipificar más que reemplazar las entidades diagnósticas actuales, a fin de mejorar la predicción de los resultados y la respuesta al tratamiento. Como se señala en un artículo reciente, del cual T. Insel fue coautor (10), «la verdadera oportunidad para la psiquiatría radica en utilizar los avances emergentes en genética, biología molecular, técnicas de imágenes y ciencias cognitivas para complementar, más que reemplazar, el diagnóstico basado en los síntomas».

Por otra parte, tomando en cuenta todo lo antes señalado, probablemente es aconsejable que todos los académicos mantengan una actitud abierta hacia el proyecto RDoC. Al interactuar más directamente con el nivel neurocientífico, es probable que este proyecto complemente con utilidad los sistemas diagnósticos actuales, que interactúan más directamente con el nivel de la realidad clínica. El crear cruceros entre los dos enfoques, en un clima de respeto recíproco, es un empeño que sólo puede enriquecer a la psiquiatría y las disciplinas afines e incrementar su credibilidad.

Bibliografía

1. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry* 2012;11:16-21.
2. Parnas J. The Breivik case and “conditio psychiatricae”. *World Psychiatry* 2013;12:22-3.
3. Andreasen N. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophr Bull* 2007; 33:108-12.
4. Kupfer DJ, First MB, Regier DE. Introduction. In: Kupfer DJ, First MB, Regier DE (eds). *A research agenda for DSM-V*. Washington: American Psychiatric Association, 2002:xv-xxiii.
5. Bolton D. *What is mental disorder? An essay in philosophy, science, and values*. Oxford: Oxford University Press, 2008.

6. Maj M. Mental disorders as “brain diseases” and Jaspers’ legacy. *World Psychiatry* 2013;12:1-3.
7. Kendler KS. Toward a philosophical structure for psychiatry. *Am J Psychiatry* 2005;162:433-40.
8. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014;13:28-35.
9. Maj M. Karl Jaspers and the genesis of delusions in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2013;39:242-3.
10. Kapur S, Phillips AG, Insel TR. Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? *Mol Psychiatry* 2012;17:1174-9.

DOI 10.1002/wps.20111

Ventajas y limitaciones de las intervenciones terapéuticas para los trastornos mentales frecuentes por medio de Internet

GERHARD ANDERSSON^{1,2}, NICKOLAI TITOV³

¹Department of Behavioural Sciences and Learning, Swedish Institute for Disability Research, University of Linköping, Sweden; ²Department of Clinical Neuroscience, Division of Psychiatry, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ³eCentreClinic, Centre for Emotional Health, Department of Psychology, Macquarie University, Sydney, Australia

Se han creado y evaluado varias intervenciones terapéuticas mediante Internet para los trastornos mentales y la evidencia muestra que estos tratamientos a menudo producen efectos similares a los de la psicoterapia en persona los cuales son rentables. En este artículo, analizamos primeramente las ventajas y desventajas de cómo se han incorporado los participantes en los estudios sobre el tratamiento por Internet. Luego comentamos en torno a los procedimientos de evaluación que a menudo llevan de por medio las intervenciones a través de Internet y llegamos a la conclusión que aunque los cuestionarios en línea generan resultados sólidos, no se pueden determinar los diagnósticos sin un contacto con el paciente. Luego, analizamos el papel que desempeña el terapeuta y concluimos que si bien los tratamientos que conllevan guía parecen lograr mejores resultados que los tratamientos sin guía, esta guía puede ser principalmente práctica y de apoyo más que de orientación explícitamente terapéutica. En seguida, describimos brevemente las ventajas y las desventajas de los tratamientos de los trastornos afectivos y por ansiedad y comentamos las formas de atender la comorbilidad que a menudo acompaña a estos trastornos. Por último, describimos los retos que implica difundir el empleo de las intervenciones terapéuticas mediante Internet. En conclusión, en la actualidad hay una extensa serie de evidencias que señalan que las intervenciones terapéuticas a través de Internet son eficaces. Persisten varias interrogantes que merecen investigación, por ejemplo, cómo se pueden fusionar las intervenciones por Internet con las formas de tratamiento tradicional.

Palabras clave: Intervenciones a través de Internet, psicoterapia cognitiva conductual, trastornos afectivos y por ansiedad, difusión.

(*World Psychiatry* 2014;13:4–11)

Los tratamientos psicológicos a través de Internet tienen una historia relativamente breve pero se extienden sobre los principios y evidencia establecidos por las intervenciones computarizadas (1) y la biblioterapia (2).

Se ha utilizado una amplia gama de términos para describir los tratamientos administrados a través de Internet, lo que refleja el carácter evolutivo de este campo, aunque se están uniformando (3). Utilizaremos el término «intervenciones basadas en Internet» para describir los tratamientos que se administran principalmente a través de la Internet en los que por lo menos algunas tareas terapéuticas se delegan a la computadora.

Nos enfocaremos en los tratamientos psicológicos administrados a través de la Internet. Sin embargo, cabe hacer notar que la Internet también es utilizada ampliamente por los pacientes y sus familiares para buscar información sobre problemas de salud mental (4), y también pueden utilizarla los pacientes para participar en grupos de apoyo en línea (5). La búsqueda de información y los grupos de apoyo en línea no son el tema de este artículo, pero se han de tomar en cuenta como importantes para la psiquiatría, ya que pueden influir en el tratamiento (6).

El modelo de tratamiento aplicado a través de Internet sobre el cual se ha realizado más actividad de investigación es la psicoterapia cognitiva conductual aplicada a través de la Internet (ICBT) (7). Sin embargo, también se han aplicado en mucho menor grado otros modelos de psicoterapia (por ejemplo, psicoterapia psicodinámica e interpersonal) a través de la Internet.

Durante la ICBT, los pacientes se registran periódicamente en una página Web segura por un periodo específico para leer y descargar materiales en línea dispuestos en una serie de lecciones o módulos (8). Se les asignan tareas que se espera lleven a

cabos antes que se ponga a su disposición el siguiente módulo. También llenan con regularidad cuestionarios completos administrados a través de la computadora que son relevantes a sus problemas principales, lo que permite al terapeuta vigilar el avance, la seguridad y los resultados.

Dos dimensiones que se pueden utilizar para clasificar la ICBT implican contacto con el terapeuta y sus objetivos para tratar los trastornos mentales o evitar su aparición. Las intervenciones a través de Internet que conllevan el contacto con el terapeuta se pueden dividir además en las que implican una interacción en tiempo real (sincrónica) o tardía (asincrónica) con los pacientes. Son ejemplos de las primeras el contacto a través de teléfono, vídeo o servicios de mensajero (9), en tanto que los ejemplos de estos últimos son las comunicaciones seguras por correo electrónico. Para fines pragmáticos, los terapeutas pueden utilizar una combinación de comunicaciones sincrónicas y asincrónicas durante el tratamiento.

La cantidad de tiempo que los terapeutas invierten trabajando con los pacientes varía bastante entre los estudios y algunos precisan que los terapeutas inviertan considerable tiempo leyendo y respondiendo a la redacción de tareas (8). Sin embargo, muchos programas contienen sólo una guía mínima a través del correo electrónico (o sistema de comunicación asincrónica seguro) que exige considerablemente menos tiempo que el tratamiento del paciente en persona (9,10).

En este artículo analizamos las ventajas y las desventajas de los tratamientos administrados a través de Internet para los trastornos mentales frecuentes, enfocándonos en la ICBT, aunque también señalamos otras formas de intervenciones por Internet. Analizamos una gran variedad de aspectos relativos a incorporación, evaluaciones, el papel que desempeña el terapeuta en la ICBT, los tratamientos de los trastornos afectivos y por ansiedad, el tratamiento de la comorbilidad y la difusión.

RECLUTAMIENTO DE LOS PACIENTES

Los pacientes se pueden reclutar para los tratamientos por Internet por múltiples medios que comprenden publicidad y promociones a través de medios en línea y tradicionales, encuestas epidemiológicas (11), páginas Web, y con menos frecuencia, remisiones de médicos.

El permitir a los pacientes remitirse espontáneamente para intervenciones por Internet ofrece múltiples ventajas. Es un hecho bien conocido que muchas personas con trastornos afectivos y por ansiedad nunca llegan a las clínicas especializadas y a veces titubean en incluso mencionar sus problemas al consultar a los médicos generales, y por medio del reclutamiento en línea puede disminuir la brecha de tratamiento frente a demanda (12). En otras palabras, los pacientes que pueden haber permanecido sin tratamiento por muchos años pueden recibir tratamiento psicológico basado en evidencia por primera vez. Esto realmente lo hemos observado, ya que los participantes en la investigación de nuestros estudios y clínicas a menudo han tenido sus problemas (por ejemplo, trastorno por ansiedad social) durante décadas. Por otra parte, el formato de las intervenciones por Internet posibilita que los pacientes prospectivos reflexionen sobre el tratamiento antes de tomar una decisión informada para comprometerse al mismo.

No obstante, el reclutamiento en línea y sobre todo la auto-remisión de los pacientes ha planteado interrogantes con respecto a si las características de los pacientes que utilizan los servicios en línea son similares a las de los que tienen acceso a las clínicas de atención en persona tradicionales. Esto es importante desde la perspectiva de determinar si este modelo de prestación de servicio se puede proporcionar a un nivel de salud pública. Una observación frecuente en los ensayos sobre Internet es que los participantes en la investigación tienden a tener más cultura que la población general. Esto puede reflejar un artefacto de la brecha digital, es decir, el hecho de que el acceso a Internet refleja características socioeconómicas, aunque tales diferencias se pueden atenuar ya que el acceso continúa aumentando en todos los grupos sociales. Sin embargo, puede ser que en virtud de los mayores grados de cultura y el carácter autoselectivo del alistamiento, los pacientes en línea estén más motivados a participar en el tratamiento y por tanto respondan más.

Según nuestra experiencia es que los pacientes que utilizan tratamientos aplicados por Internet representan una amplia gama de personas. Estos son individuos con altos y bajos grados de cultura y grupos culturales diferentes. Esto representa un reto para la concepción y la aplicación de la ICBT, aunque se han tomado algunos pasos iniciales para la adaptación cultural de los tratamientos (13). Los pacientes también presentan una gama de experiencias con respecto a servicios de salud mental previos. Algunos han recibido previamente tratamientos en persona tradicionales, en tanto que otros nunca han buscado tratamiento pese a tener síntomas perturbadores por años o décadas. Son relativamente escasas las investigaciones sobre las características de los pacientes en la ICBT por contraposición a otros ensayos y clínicas regulares, pero hay indicios de que los participantes en los estudios de Internet son más similares a las personas de la población general que tienen los mismos problemas que los pacientes que son atendidos en clínicas especializadas (14,15).

Asimismo, se dispone ahora de un número de estudios de eficacia sobre la ICBT, es decir, ensayos que se han realizado en ámbitos clínicos normales. En una revisión reciente se identificaron cuatro estudios controlados y ocho estudios recientes que se han llevado a cabo en clínicas habituales (16). Todos los ensayos claramente demostraron que los efectos promisorios de la ICBT en los estudios con pacientes incorporados a través de publicidad también se pueden observar cuando el tratamiento se transfiere a las clínicas regulares.

EVALUACIONES Y DIAGNÓSTICO BASADOS EN INTERNET

El diagnóstico preciso y fiable y la medición de los síntomas son tan importantes en los tratamientos aplicados por Internet como en los tratamientos tradicionales administrados en persona. Ha surgido una literatura creciente en torno a la forma de obtener los datos del paciente a través de la Internet (17) y es oportuno resaltar las ventajas y las desventajas de recopilar datos en línea.

Podemos concluir con base en varios estudios que los datos de cuestionarios pueden obtenerse sin afectar a las características psicométricas (18-20), pero se necesita un análisis sistemático de esta cuestión y se suele aducir que se deben obtener por separado las normas para la administración en el consultorio y a través de Internet (17). Las ventajas de la administración de cuestionarios a través de la Internet radican en que se puede reducir el riesgo de pasar por alto algunos aspectos y que se puede resaltar automáticamente cuestiones decisivas para los profesionales clínicos (por ejemplo, advertencias en caso de aumento del riesgo de suicidio). Por otra parte, se pueden generar en forma automática las puntuaciones sumarias y se pueden crear algoritmos que ayuden a los terapeutas a vigilar los progresos y a intervenir activamente en casos de fallos sospechados. La administración automatizada también da por resultado una reducción de los costos inherentes a la calificación y a la publicación de los cuestionarios.

Las desventajas de la administración a través de la Internet son primero y más que nada las cuestiones de seguridad. Esto es relevante no sólo para el almacenamiento de datos sino también para los métodos de recopilación. Si bien, la mayoría de los investigadores y profesionales clínicos se ajustan a los modelos de seguridad en la información similares a las normas de bancos en línea, el advenimiento reciente de los teléfonos inteligentes móviles nos recuerda los aspectos evolutivos de la seguridad relacionada con los nuevos recursos tecnológicos. Una desventaja adicional es la dificultad para verificar la exactitud de las respuestas y de obtener información adicional. Lo primero se puede abordar en cierta medida pidiendo a los pacientes que confirmen que las respuestas son correctas, en tanto que lo segundo se puede controlar mediante la adopción de protocolos clínicos que precisen el contacto telefónico cuando hay indicaciones clínicas. Estos procedimientos se deben implementar dentro de un modelo de gobernanza que reconozca las cuestiones legales y de consentimiento informado.

Una cuestión más decisiva tiene que ver con los límites del diagnóstico de pacientes a través de la Internet. Claramente, el autodiagnóstico tendría muchas ventajas, como el ahorrar tiempo a los profesionales clínicos, pero hasta ahora se dispone de

escasa información que indique que las autoevaluaciones puedan reemplazar a las entrevistas diagnósticas estructuradas, y la administración a través de la Internet contribuye poco a modificar este hecho (21). Por otra parte, si es necesario que los pacientes reciban primero una revaloración diagnóstica en una clínica de atención en persona, se pueden reducir algunas de las ventajas de intervenciones a través de la Internet. De hecho, en la unidad de psiquiatría por Internet en Estocolmo, este es el caso cuando se diagnostica a los pacientes en la clínica (22).

En la investigación es frecuente llevar a cabo entrevistas psiquiátricas estructuradas como la Mini-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (23) por vía telefónica. Este procedimiento es mejor que el no establecer siquiera algún diagnóstico y puede generar hallazgos válidos (24). Sin embargo, tiene desventajas el no ver al paciente y la información puede perderse inevitablemente. Una vez más, la adopción de protocolos clínicos pragmáticos que exigen evaluaciones directas cuando es suficiente la complejidad de los síntomas permite abordar aspectos relacionados con la precisión diagnóstica.

En resumen, los cuestionarios en línea funcionan bien, pero los diagnósticos psiquiátricos no se pueden establecer de manera fiable utilizando sólo el informe por el propio paciente. Una solución intermedia es llevar a cabo entrevistas por vía telefónica. Una plataforma de videoconferencia en línea segura también podría funcionar, aunque se necesita investigación para evaluar los costos relativos y ventajas que conlleva esta opción.

EL PAPEL QUE DESEMPEÑA EL TERAPEUTA EN LOS TRATAMIENTOS POR INTERNET

Los análisis importantes en el campo de las intervenciones terapéuticas por Internet tienen que ver con el papel que desempeña el terapeuta o el profesional en comparación con los programas automatizados que no incluyen ninguna interacción con una persona (25). Las revisiones de la bibliografía una y otra vez demuestran que los tratamientos con guía conducen a mejores resultados que los tratamientos sin guía (26-28), pero hay excepciones esporádicas y están surgiendo los tratamientos sin guía que pueden funcionar por medio de recordatorios automatizados y resoluciones similares (29,30).

La evidencia disponible indica que en realidad cualquier contacto con un profesional clínico puede mejorar los resultados. Por ejemplo, una revisión sistemática de las intervenciones para la depresión por Internet revelaron un efecto lineal de la utilidad del contacto con el profesional clínico, de manera que la magnitud de efecto de la D de Cohen intergrupar fue de $d=0,21$ si no había ningún contacto con el terapeuta antes o durante el tratamiento, de una $d=0,44$ si sólo había un contacto con el terapeuta antes del tratamiento, de una $d=0,58$ si había un contacto con el terapeuta sólo durante el tratamiento y de una $d=0,76$ si había un contacto con el terapeuta tanto antes como durante el tratamiento (31).

Aunque algunos datos indican que cuando se les da la opción los pacientes tienen más probabilidades de optar por tratamiento sin guía, los tratamientos con guía ofrecen ventajas importantes. En primer lugar, un terapeuta puede establecer un diagnóstico, para ayudar a determinar lo adecuado de un tratamiento para un paciente. En segundo lugar, la intervención puede ajustarse y la asesoría individualizarse después de la

entre consulta con profesionales clínicos experimentados; de hecho, parte del apoyo en la ICBT es asincrónico, lo que significa que los profesionales clínicos pueden consultar a colegas y a otros expertos antes de dar respuesta y de proporcionar comentarios a los pacientes (32). En tercer lugar, hay indicaciones claras de que el apoyo aumenta el cumplimiento y evita la deserción, un problema importante por cuanto al menos algunas intervenciones sin guía han sido objeto de tasas de deserción inaceptablemente elevadas (33). En cuarto lugar, los terapeutas pueden ayudar en forma activa a los pacientes para que tengan acceso a otros servicios que puedan necesitarse, incluidos los servicios sociales, de salud y de atención a crisis.

Sin embargo, también hay dudas notables sobre la frecuencia óptima y la forma de apoyo que se debiera proporcionar. En primer lugar no hay una relación dosis-respuesta clara entre el apoyo y el resultado, y los tratamientos en los cuales se brinda apoyo sustancial no parecen diferir de los tratamientos con apoyo mínimo (por ejemplo, 10 minutos o menos por paciente y semana) (28). En segundo lugar, si bien los estudios indican que se han obtenido resultados clínicos equivalentes independientemente de si el apoyo lo proporciona un psicólogo profesional o un tutor, siempre y cuando este último esté sujeto a supervisión clínica cuidadosa y la ICBT sea muy estructurada (34-36), no está claro si se obtendrían resultados similares con intervenciones menos estructuradas. En tercer lugar, aunque las intervenciones por Internet con guía son rentables (37,38), el proporcionar guía de hecho es más costoso que los tratamientos automatizados, y los tratamientos sin guía con pequeños efectos de todas maneras pueden ser rentables (39). En consecuencia, desde la perspectiva de la salud pública, los costos mínimos de proporcionar intervenciones terapéuticas por Internet sin guía en algunos casos están justificados si son seguros. Una cuarta duda notable tiene que ver con los conocimientos limitados sobre los factores relativos al terapeuta que en general se consideran importantes en los tratamientos de atención en persona (40). Además de los hallazgos con respecto al rol de la guía técnica frente a la guía más psicoterapéutica (34-36), hay algunos estudios en los cuales se ha evaluado el factor del terapeuta y ha mostrado efectos pequeños o nulos (41,42).

Por otra parte, la forma en que se proporciona la guía parece ser importante aun cuando la mayor parte de la comunicación tienda a ser de carácter de apoyo (43). En un estudio en el cual se codificó la correspondencia con el terapeuta, se descubrió que una actitud indulgente hacia las tareas en el domicilio se acompañó de un resultado peor (10). En congruencia con esto, observaciones derivadas de nuestra investigación en línea y de trabajos clínicos indican que los mejores resultados se relacionan con el cumplimiento de los guiones que dirigen a los pacientes a problemas clave y a la vez minimizan la deriva del terapeuta.

La alianza terapéutica es otro factor ampliamente considerado como importante en la investigación de resultados en psicoterapia. Varios estudios sobre las intervenciones en Internet han recopilado datos de pacientes sobre la forma en que califican la alianza terapéutica con sus terapeutas en línea (44). Casi todos los estudios no muestran ninguna relación con los resultados, aun cuando las calificaciones de la alianza tiendan a ser bastante elevadas (45,46). Sin embargo, se dispone de pocos estudios en los cuales la alianza en una etapa temprana del tratamiento pronosticó el resultado (47,48).

En suma, y hasta la fecha, casi todos los estudios parecen indicar que el contacto con el terapeuta se relaciona con mejores resultados en las intervenciones por Internet. Sin embargo, siempre y cuando el contenido del tratamiento por Internet sea de calidad apropiada y logre involucrar lo suficiente a los pacientes, la experiencia del terapeuta puede ser menos importante que las terapias de atención en persona. En consecuencia, dependiendo del grado de estructura en el modelo de intervención por Internet que se adopte, la guía puede ser principalmente práctica y de apoyo más que de orientación explícitamente terapéutica. Esto ofrece ventajas por lo que respecta a fidelidad y eficiencia del paciente y tiempo del terapeuta. De hecho, el terapeuta se puede enfocar en apoyar a los pacientes para que dominen las habilidades y superen las dificultades para la aplicación de la intervención.

TRATAMIENTOS DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS Y POR ANSIEDAD A TRAVÉS DE INTERNET

La mayor parte de los estudios sobre los tratamientos a través de Internet han evaluado intervenciones para los trastornos afectivos y por ansiedad de gravedad leve a moderada (con la excepción de algunos trastornos por ansiedad que pueden considerarse graves). En un espacio de tiempo sorprendentemente breve, se han ideado y evaluado tratamientos para una gran gama de trastornos por ansiedad, tales como trastorno por pánico (49), trastorno por ansiedad social (50-52), trastorno por ansiedad generalizada (53,54), trastorno por estrés posttraumático (8,55), trastorno obsesivo-compulsivo (56,57), ansiedad grave en torno a la salud (58) y fobias específicas (59). Casi todos los estudios se han realizado en adultos, pero también hay estudios en niños y adolescentes (60,61) y adultos mayores (62).

En la mayor parte de los estudios sobre los trastornos afectivos se ha analizado la depresión mayor y se han evaluado diferentes formas de CBT (35,63,64). Además, estudios de intervención de intervención por Internet han evaluado otros modelos de tratamiento, por ejemplo, psicoterapia psicodinámica (65) y actividad física (66). Las comparaciones directas de la CBT clínica y la ICBT han demostrado resultados equivalentes, con ventajas sostenidas a largo plazo (67), y este tipo de resultados se replicó en estudios de eficacia (16).

Están surgiendo varias ventajas y desventajas. Las ventajas consisten en el mejor acceso a los tratamientos basados en evidencia para los pacientes así como la rentabilidad en comparación con el tratamiento clínico. Por otra parte, puesto que los pacientes pueden volver al programa a su conveniencia para tener acceso a información sobre el tratamiento, esto puede facilitar el aprendizaje y la retención. Además, con la asistencia de características del software automático, los terapeutas pueden vigilar la evolución de los pacientes y los resultados y apoyarlos con iniciativa antes que sobrevenga una crisis. Esto significa que las personas en una intervención por Internet pueden recibir apoyo de un terapeuta con más rapidez que lo que habría sido el caso si hubiesen recibido sólo consultas cada semana.

La principal desventaja parece reflejar la naturaleza relativamente nueva de este campo. Por ejemplo, son escasos los conocimientos sobre las características de los pacientes que

probablemente se beneficien. En varios estudios se ha analizado esta cuestión, pero se han identificado pocos indicadores sólidos (68,69) y se necesita más investigación. Un tema adicional y relacionado que necesita más información es la tasa de resultados negativos y el riesgo de que no se detecten éstos. Los resultados negativos después de los tratamientos psicológicos son un aspecto que se ha descuidado (70) y prácticamente no se ha escrito nada sobre este tema en relación con las intervenciones a través de Internet.

Desde la perspectiva de la integración de las intervenciones terapéuticas por Internet con los servicios de salud mental existentes, las dudas notables comprenden las posibles ventajas de secuenciar la ICBT con la psicoterapia clínica directa. Un posible escenario podría representar la intervención por Internet como un primer paso seguido de tratamientos clínicos directos más intensos cuando es necesario (71). Esta secuencia puede ser apropiada con más frecuencia cuando el primer paso es la ICBT sin guía. Por otra parte, hemos visto a pacientes que han fracasado con los tratamientos en persona y que después mejoran tras la ICBT, lo cual puede reflejar problemas relacionados con la disposición para el tratamiento. Se necesita más investigación en este aspecto, ya que no se sabe mucho en relación con la ICBT como un paso en los modelos de atención escalonada.

En resumen, hay una base de evidencia sólida y congruente a favor de la ICBT. Los factores relevantes a los tratamientos clínicos directos, como la disponibilidad para el tratamiento, probablemente son importantes. Sin embargo, se necesita más información sobre la tasa y los factores determinantes de la deserción y la falta de respuesta, así como sobre los beneficios potenciales de secuenciar la ICBT con la psicoterapia en persona.

TRATAMIENTO DE LA COMORBILIDAD

Hasta la fecha, la mayor parte de las intervenciones a través de Internet se han dirigido a trastornos específicos. Sin embargo, una limitación de tales intervenciones es la alta prevalencia de comorbilidad (sea presentación concomitante de un trastorno afectivo y un trastorno por ansiedad o la presentación simultánea de un trastorno afectivo o un trastorno por ansiedad con otros trastornos mentales o físicos). Dos estrategias recién desarrolladas para abordar este problema son los tratamientos por Internet transdiagnósticos y adaptados. Los dos han recibido apoyo empírico de ensayos controlados (65,72-74) y tienen ventajas y desventajas diferentes.

Las principales ventajas de los tratamientos transdiagnósticos comprenden su gran validez nominal para los pacientes, quienes a menudo refieren reconocer la relevancia del aprendizaje sobre una serie de síntomas; ahorran tiempo tanto para los pacientes, quienes no tienen que trabajar a través de diferentes protocolos específicos de trastornos, como para los terapeutas, quienes tienen que administrar sólo una, en vez de múltiples intervenciones terapéuticas, lo cual permite luego la capacidad para individualizar el tratamiento con base en las características específicas del paciente; y tasas de recaídas potencialmente reducidas a consecuencia de un aumento de la resistencia emocional. Las principales desventajas son las dudas notables con respecto a si los pacientes con algunos diagnósticos como el de

trastorno por ansiedad social, se beneficiarán menos de un tratamiento transdiagnóstico que de un tratamiento específico del trastorno. Este riesgo puede resolverse si se proporciona material adicional que pueda dirigirse a las necesidades específicas (75).

Las ventajas de los tratamientos individualizados comprenden el reconocimiento y el cumplimiento de las preferencias del paciente al proporcionar una selección de módulos de tratamiento (76). Además, la individualización del contenido del tratamiento según las características de los síntomas no sólo implica seleccionar un programa de tratamiento adecuado para el paciente (como por ejemplo, los módulos sobre trastorno por ansiedad generalizada, insomnio y solución de problemas), sino también adaptar el tratamiento de acuerdo con la capacidad del paciente (65). Por último, es posible que los tratamientos individualizados estén mejor adaptados para la atención a los trastornos más graves, lo cual de hecho se descubrió en un estudio controlado en que se comparó la ICBT estándar con la intervención individualizada en la depresión con problemas concomitantes (65). Entre las desventajas de la ICBT individualizada como en la actualidad se aplica, están el hecho de que el proceso de individualización todavía se basa en el mejor procedimiento, ya que se están evaluando algoritmos específicos sobre la forma de hacer la individualización, y el riesgo de añadir demasiado material, con el posible problema de abrumar al paciente.

En general, ahora se cuenta con evidencia que indica que los métodos transdiagnósticos e individualizados para las intervenciones en Internet funcionan, aunque no se conocen tanto sus méritos relativos en comparación con los tratamientos específicos de diagnóstico, de manera que algunos estudios informan una superioridad del primero (por ejemplo, 65) y otros informan que no hay ninguna diferencia (por ejemplo, 76).

DIFUSIÓN HACIA CONTEXTOS CLÍNICOS

En varios estudios se ha analizado el efecto de las intervenciones por Internet aplicadas en servicios clínicos ordinarios (16). Estos estudios muestran invariablemente que los resultados promisorios de los tratamientos por Internet observados en estudios de eficacia (principalmente con ICBT) se replican en estudios de eficacia, con magnitudes de efecto moderadas a considerables.

La utilización de las intervenciones por Internet en el ejercicio clínico normal conlleva sus ventajas y desventajas. En primer lugar, dada la naturaleza tan estructurada de la intervención y el hecho de que está sujeta a un guión, la deriva del terapeuta tiene menos probabilidades de ocurrir en comparación con las terapias clínicas directas. En segundo lugar, la vigilancia de los resultados a menudo está integrada en la implementación clínica con lo que se facilita la valoración de los progresos y la seguridad (22). En tercer lugar, las intervenciones a través de Internet pueden organizarse como cuidados de salud centralizados nacionalizados (es decir, centros de especialistas), lo que reduce la necesidad de duplicación de los recursos y facilita la capacitación y la supervisión. Esto libera recursos para otras actividades importantes, como el actualizar y adaptar los tratamientos a nuevas necesidades (por ejemplo, aplicar los

tratamientos en diferentes idiomas). En cuarto lugar, las intervenciones a través de Internet también pueden aplicarse como cuidados locales en la práctica general y por tanto combinarse con otras opciones de tratamiento como la medicación y la psicoterapia en persona.

Entre las desventajas, la primera y más importante probablemente sea la de las actitudes negativas comunes del profesional clínico y del paciente hacia las intervenciones por Internet (77,78). No obstante, algunas encuestas muestran que las actitudes entre las personas con trastornos mentales reclutadas de la población general pueden ser más positivas (79,80) y probablemente hay diferencias entre los países que dependen del nivel de acceso a Internet. Por otra parte, el escepticismo de los profesionales clínicos se puede resolver a través de la información (81).

Un segundo problema relacionado es que los profesionales clínicos pueden sentirse amenazados y tener temor a perder su trabajo como psicoterapeutas prácticos si se difunden las intervenciones por Internet. Dada la escasez de profesionales clínicos capacitados y el gran número de personas que necesitan tratamientos psicológicos basados en la evidencia, es probable que esto no esté bien fundado y las intervenciones terapéuticas a través de Internet deben considerarse como un complemento a otros servicios más que un reemplazo completo a los tratamientos en persona (sobre todo para los pacientes más graves).

En tercer lugar, la difusión puede dificultarse o incluso resultar imposible por la forma en que se aplican los reglamentos legales y éticos a la interacción clínico-paciente en línea (82). Por ejemplo, en Noruega no se permitían los intercambios por correo electrónico (incluso en sistemas cerrados seguros), lo cual tuvo repercusiones para la difusión de un programa sueco en Noruega (83), ya que la guía tenía que proporcionarse por teléfono (esto ahora ha cambiado). Por otra parte, en países como Alemania, se ha considerado inadecuado proporcionar psicoterapia a través de Internet como un tratamiento regular de atención de segundo nivel, aunque esto gradualmente está cambiando (84).

En cuarto lugar, la difusión hacia los cuidados primarios depende de la disponibilidad de los profesionales clínicos para remitir a los pacientes a las intervenciones terapéuticas a través de Internet. Puede ser difícil coordinar los servicios locales (por ejemplo, las prácticas generales), a menos que se proporcione una capacitación apropiada y los lineamientos diagnósticos estén bien establecidos y confieran seguridad a las remisiones. Los procedimientos de atención escalonada pueden ser una solución, en las que se presentan las intervenciones terapéuticas a través de Internet como un paso en un proceso de atención escalonada (85).

En conclusión, todavía se cuenta con pocas experiencias de difusión a gran escala de las intervenciones terapéuticas por Internet en el mundo. Aunque la evidencia hasta el momento parece indicar que las intervenciones terapéuticas por Internet son eficaces cuando se proporcionan ámbitos clínicos normales, y que un mayor número de pacientes puede obtener acceso a la atención sanitaria en esa forma sea de inmediato o como parte de un procedimiento de atención escalonada, todavía es un hecho que los profesionales clínicos y los pacientes deben aprender más sobre estas intervenciones. Por otra parte, es necesario que se elaboren directrices clínicas.

CONCLUSIONES Y ORIENTACIONES FUTURAS

Ahora que el número de estudios sobre las intervenciones terapéuticas a través de Internet superan el centenar (86), hay un apoyo considerable para la utilización de la Internet para proporcionar psicoterapia de trastornos mentales frecuentes basados en evidencia. Este campo recientemente ha evolucionado al grado en que ahora varias clínicas están proporcionando estos servicios como parte de la atención sanitaria.

La investigación realizada hasta la fecha permite concluir que las valoraciones mediante el empleo del Internet ofrecen considerables ventajas para el tratamiento de los pacientes, sobre todo para vigilar la seguridad, la evolución y los resultados, lo mismo que para fines de investigación. Sin embargo, dada la incertidumbre sobre la validez de los diagnósticos en línea, se recomienda que, cuando sea posible, los pacientes con cuadros clínicos complejos sean remitidos a los servicios de atención en persona disponibles y no a los sistemas diagnósticos en línea automatizados.

Las intervenciones terapéuticas a través de Internet para los trastornos afectivos y por ansiedad concomitantes, incluidos los tratamientos transdiagnósticos e individualizados, han producido resultados alentadores. Sin embargo, estas intervenciones se dirigen principalmente a la comorbilidad de diferentes formas de trastornos mentales y a la necesidad de implementar tratamientos que se dirijan también a los trastornos somáticos, ya que hay muchos estudios sobre las intervenciones terapéuticas a través de Internet para los trastornos somáticos frecuentes que muestran resultados promisorios (87).

Por último, los estudios recientes indican que las intervenciones terapéuticas a través de Internet funcionan bien en los ámbitos normales. En la actualidad estamos en el proceso de difundir las intervenciones terapéuticas a través de Internet y este proceso conlleva varios retos. Se han planteado dudas sobre la posibilidad de desarrollar y difundir las intervenciones por Internet para atender mejor a grupos minoritarios que pueden tener menos acceso a los servicios de salud mental (13) y a personas de países donde los servicios de salud mental están menos desarrollados (88).

Posibles campos de desarrollo e investigación futura son la exploración de las dudas notables sobre las características de quienes posiblemente se beneficien, como integrar mejor las intervenciones terapéuticas por Internet con los servicios existentes y las estrategias óptimas para combinar las intervenciones terapéuticas por Internet y la medicación. Esta última cuestión es pertinente dado que en la atención normal es común el escenario de la prescripción de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina para los trastornos afectivos y por ansiedad junto con la psicoterapia, pues tales combinaciones a menudo generan mejores resultados que las monoterapias (89).

También se necesita más investigación para resolver la falta de estudios en niños, adolescentes y adultos mayores. Persisten dudas notables en torno al papel que desempeñan los terapeutas y la forma óptima de proporcionar guía durante las intervenciones a través de Internet. Asimismo, es necesario integrar las técnicas de información moderna con la terapia en persona y esto aún no ha sido un tema muy investigado (90).

En conclusión, esperamos que el campo de las intervenciones terapéuticas por Internet continúe evolucionando a una velocidad rápida. Si bien los resultados de los estudios en este

campo han sido muy alentadores, advertimos que los esfuerzos para la difusión deben avanzar con cautela para asegurarse de obtener mejores resultados para los pacientes. También esperamos considerables avances en la investigación relevante, a medida que los estudios se desplacen desde la indagación sobre la eficacia hasta la exploración de los procesos de cambio.

Agradecimientos

G. Andersson agradece a sus colaboradores y estudiantes que trabajan con intervenciones terapéuticas a través de Internet, y la universidad de Linköping, la Swedish Science Foundation and Forte por el apoyo económico. N. Titov agradece a sus colegas, participantes y pacientes, a la Universidad Macquarie y al National Health and Medical Research Council.

Bibliografía

1. Marks IM, Cavanagh K, Gega L. Hands-on help. Maudsley Monograph no. 49. Hove: Psychology Press, 2007.
2. Watkins PL. Self-help therapies: past and present. In: Watkins PL, Clum GA (eds). Handbook of self-help therapies. New York: Routledge, 2008:1-24.
3. Barak A, Klein B, Proudfoot JG. Defining Internet-supported therapeutic interventions. *Ann Behav Med* 2009;38:4-17.
4. Reavley NJ, Jorm AF. The quality of mental disorder information websites: a review. *Patient Educ Couns* 2011;85:e16-25.
5. Kaplan K, Salzer MS, Solomon P et al. Internet peer support for individuals with psychiatric disabilities: a randomized controlled trial. *Soc Sci Med* 2011;72:54-62.
6. Maj M. Adherence to psychiatric treatments and the public image of psychiatry. *World Psychiatry* 2013;12:185-6.
7. Andersson G. Using the internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behav Res Ther* 2009;47:175-80.
8. Lange A, van de Ven J-P, Schrieken B. Interapy: treatment of posttraumatic stress through the Internet. *Cogn Behav Ther* 2003;32:110-24.
9. Titov N. Email in low intensity CBT interventions. In: Bennett-Levy J, Christensen H, Farrand P et al (eds). Oxford guide to low intensity CBT interventions. Oxford: Oxford University Press, 2010:287-93.
10. Paxling B, Lundgren S, Norman A et al. Therapist behaviours in Internet-delivered cognitive behaviour therapy: analyses of e-mail correspondence in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behav Cogn Psychother* 2013;41:280-9.
11. Christensen H, Griffiths KM, Jorm A. Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *BMJ* 2004;328:265-8.
12. Kohn R, Saxena S, Levav I et al. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* 2004;82:858-66.
13. Choi I, Zou J, Titov N et al. Culturally attuned Internet treatment for depression amongst Chinese Australians: a randomised controlled trial. *J Affect Disord* 2012;136:459-68.
14. Spence J, Titov N, Solley K et al. Characteristics and treatment preferences of people with symptoms of posttraumatic stress disorder: an internet survey. *PLoS One* 2011;6:e21864.
15. Titov N, Andrews G, Kemp A et al. Characteristics of adults with anxiety or depression treated at an internet clinic: comparison with a national survey and an outpatient clinic. *PLoS One* 2010;5:e10885.

16. Andersson G, Hedman E. Effectiveness of guided Internet-delivered cognitive behaviour therapy in regular clinical settings. *Verhaltenstherapie* 2013;23:140-8.
17. Buchanan T. Internet-based questionnaire assessment: appropriate use in clinical contexts. *Cogn Behav Ther* 2003;32:100-9.
18. Hedman E, Ljotsson B, Rück C et al. Internet administration of self-report measures commonly used in research on social anxiety disorder: a psychometric evaluation *Comp Human Behav* 2010;26:736-40.
19. Coles ME, Cook LM, Blake TR. Assessing obsessive compulsive symptoms and cognitions on the internet: evidence for the comparability of paper and Internet administration. *Behav Res Ther* 2007;45:2232-40.
20. Carlbring P, Brunt S, Bohman S et al. Internet vs. paper and pencil administration of questionnaires commonly used in panic/agoraphobia research. *Comp Human Behav* 2007;23:1421-34.
21. Carlbring P, Forslin P, Ljungstrand P et al. Is the Internet-administered CIDI-SF equivalent to a human SCID-interview? *Cogn Behav Ther* 2002;31:183-9.
22. Hedman E, Ljotsson B, Rück C et al. Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for panic disorder in routine psychiatric care. *Acta Psychiatr Scand* 2013;128:457-67.
23. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl. 20):22-33.
24. Crippa JA, de Lima Osorio F, Del-Ben CM et al. Comparability between telephone and face-to-face structured clinical interview for DSM-IV in assessing social anxiety disorder. *Perspect Psychiatr Care* 2008;44:241-7.
25. Newman MG, Erickson T, Preworski A et al. Self-help and minimal-contact therapies for anxiety disorders: is human contact necessary for therapeutic efficacy? *J Clin Psychol* 2003;59:251-74.
26. Richards D, Richardson T. Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2012;32:329-42.
27. Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I et al. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychol Med* 2007;37:319-28.
28. Palmqvist B, Carlbring P, Andersson G. Internet-delivered treatments with or without therapist input: does the therapist factor have implications for efficacy and cost? *Expert Rev Neurother* 2007;7:291-7.
29. Titov N, Dear BF, Johnston L et al. Improving adherence and clinical outcomes in self-guided internet treatment for anxiety and depression: randomised controlled trial. *PLoS One* 2013;8:e62873.
30. Boettcher J, Berger T, Renneberg B. Does a pre-treatment diagnostic interview affect the outcome of Internet-based self-help for social anxiety disorder? A randomized controlled trial. *Behav Cogn Psychother* 2012;40:513-28.
31. Johansson R, Andersson G. Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Rev Neurother* 2012;12:861-70.
32. Andersson G, Carlbring P, Berger T et al. What makes Internet therapy work? *Cogn Behav Ther* 2009;38:55-60.
33. Christensen H, Griffiths KM, Farrer L. Adherence in internet interventions for anxiety and depression. *J Med Internet Res* 2009;11:e13.
34. Robinson E, Titov N, Andrews G et al. Internet treatment for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. *PLoS One* 2010;5:e10942.
35. Titov N, Andrews G, Davies M et al. Internet treatment for depression: a randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. *PLoS One* 2010;5:e10939.
36. Titov N, Andrews G, Schwencke G et al. An RCT comparing the effects of two types of support on severity of symptoms for people completing Internet-based cognitive behaviour therapy for social phobia. *Aust N Z J Psychiatry* 2009;43:920-6.
37. Hedman E, Andersson E, Lindefors N et al. Cost-effectiveness and long-term effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for severe health anxiety. *Psychol Med* 2013;43:363-74.
38. Hedman E, Andersson E, Ljotsson B et al. Cost-effectiveness of Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: results from a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2011;49:729-36.
39. Gerhards SA, de Graaf LE, Jacobs LE et al. Economic evaluation of online computerised cognitive-behavioural therapy without support for depression in primary care: randomised trial. *Br J Psychiatry* 2010;196:310-8.
40. Ahn HN, Wampold BE. Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *J Counsel Psychol* 2001;48:251-7.
41. Almlöv J, Carlbring P, Källqvist K et al. Therapist effects in guided Internet-delivered CBT for anxiety disorders. *Behav Cogn Psychother* 2011;39:311-22.
42. Almlöv J, Carlbring P, Berger T et al. Therapist factors in Internet-delivered CBT for major depressive disorder. *Cogn Behav Ther* 2009;38:247-54.
43. Sanchez-Ortiz VC, Munro C, Startup H et al. The role of email guidance in internet-based cognitive-behavioural self-care treatment for bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2011;19:342-8.
44. Sucala M, Schnur JB, Constantino MJ et al. The therapeutic relationship in e-therapy for mental health: a systematic review. *J Med Internet Res* 2012;14:e110.
45. Andersson G, Paxling B, WiweMet al. Therapeutic alliance in guided Internet-delivered cognitive behavioral treatment of depression, generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2012;50:544-50.
46. Knaevelsrud C, Maercker A. Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online psychotherapy for traumatized patients? *J Med Internet Res* 2006;8:e31.
47. Bergman Nordgren L, Carlbring P, Linna E et al. Role of the working alliance on treatment outcome in tailored internet-based cognitive behavioural therapy for anxiety disorders: randomized controlled pilot trial. *JMIR Res Protoc* 2013;2:e4.
48. Wagner B, Brand J, Schulz W et al. Online working alliance predicts treatment outcome for posttraumatic stress symptoms in Arab war-traumatized patients. *Depress Anxiety* 2012;29:646-51.
49. Carlbring P, Bohman S, Brunt S et al. Remote treatment of panic disorder: a randomized trial of Internet-based cognitive behavioral therapy supplemented with telephone calls. *Am J Psychiatry* 2006;163:2119-25.
50. Andersson G, Carlbring P, Holmström A et al. Internet-based self-help with therapist feedback and in-vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:677-86.
51. Berger T, Hohl E, Caspar F. Internet-based treatment for social phobia: a randomized controlled trial. *J Clin Psychol* 2009;65:1021-35.
52. Titov N, Andrews G, Schwencke G et al. Shyness 1: distance treatment of social phobia over the Internet. *Aust N Z J Psychiatry* 2008;42:585-94.
53. Paxling B, Almlöv J, Dahlin M et al. Guided internet-delivered cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther* 2011;40:159-73.
54. Titov N, Andrews G, Robinson E et al. Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for generalized anxiety disorder: randomized controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry* 2009;43:905-12.

55. Spence J, Titov N, Dear BF et al. Randomized controlled trial of Internet-delivered cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Depress Anxiety* 2011;28:541-50.
56. Wootton BM, Dear BF, Johnston L et al. Remote treatment of obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled trial. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2013;2:375-84.
57. Andersson G, Enander J, Andren P et al. Internet-based cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: a randomised controlled trial. *Psychol Med* 2012;42:2193-203.
58. Hedman E, Andersson G, Ljotsson B et al. Internet-based cognitive-behavioural therapy for severe health anxiety: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2011;198:230-6.
59. Andersson G, Waara J, Jonsson U et al. Internet-based self-help vs. one-session exposure in the treatment of spider phobia: a randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther* 2009;38:114-20.
60. Spence SH, Donovan CL, March S et al. A randomized controlled trial of online versus clinic-based CBT for adolescent anxiety. *J Consult Clin Psychol* 2011;79:629-42.
61. Vigerland S, Thulin U, Svirska L et al. Internet-delivered CBT for children with specific phobia: a pilot study. *Cogn Behav Ther* 2013;42:303-14.
62. Zou JB, Dear BF, Titov N et al. Brief internet-delivered cognitive behavioral therapy for anxiety in older adults: a feasibility trial. *J Anxiety Disord* 2012;26:650-5.
63. Andersson G, Bergström J, Holländare F et al. Internet-based self-help for depression: a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2005;187:456-61.
64. Meyer B, Berger T, Caspar F et al. Effectiveness of a novel integrative online treatment for depression (Deprexis): randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2009;11:e15.
65. Johansson R, Sjöberg E, Sjögren M et al. Tailored vs. standardized Internet-based cognitive behavior therapy for depression and comorbid symptoms: a randomized controlled trial. *PLoS One* 2012;7:e36905.
66. Ström M, Uckelstam C-J, Andersson G et al. Internet-delivered therapist-guided physical activity for mild to moderate depression: a randomized controlled trial. *PeerJ* 2013;1:e178.
67. Andersson G, Hesser H, Veilord A et al. Randomized controlled non-inferiority trial with 3-year follow-up of internet-delivered versus face-to-face group cognitive behavioural therapy for depression. *J Affect Disord* 2013;151:986-94.
68. Nordgreen T, Havik OE, Öst L-G et al. Outcome predictors in guided and unguided self-help for social anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2012;50:13-21.
69. Andersson G, Carlbring P, Grimlund A. Predicting treatment outcome in Internet versus face to face treatment of panic disorder. *Comp Human Behav* 2008;24:1790-801.
70. Barlow DH. Negative effects from psychological treatments. A perspective. *Am Psychol* 2010;65:13-20.
71. Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. *Br J Psychiatry* 2005;186:11-7.
72. Silfvernagel K, Carlbring P, Kobo J et al. Individually tailored internet-based treatment of young adults and adults with panic symptoms: a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research* 2012;14:e65.
73. Titov N, Andrews G, Johnston L et al. Transdiagnostic Internet treatment for anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2010;48:890-9.
74. Carlbring P, Maurin L, Törngren C et al. Individually tailored internet-based treatment for anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2010;49:18-24.
75. Titov N, Dear BF, Schwencke G et al. Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression: a randomised controlled trial. *Behav Res Ther* 2011;49:441-52.
76. Andersson G, Estling F, Jakobsson E et al. Can the patient decide which modules to endorse? An open trial of tailored Internet treatment of anxiety disorders. *Cogn Behav Ther* 2011;40:57-64.
77. Stallard P, Richardson T, Velleman S. Clinicians' attitudes towards the use of computerized cognitive behaviour therapy (cCBT) with children and adolescents. *Behav Cogn Psychother* 2010;38:545-60.
78. Mohr DC, Siddique J, Ho J et al. Interest in behavioral and psychological treatments delivered face-to-face, by telephone, and by internet. *Ann Behav Med* 2010;40:89-98.
79. Wootton BM, Titov N, Dear BF et al. The acceptability of Internet-based treatment and characteristics of an adult sample with obsessive compulsive disorder: an Internet survey. *PLoS One* 2011;6:e20548.
80. Gun SY, Titov N, Andrews G. Acceptability of Internet treatment of anxiety and depression. *Australasian Psychiatry* 2011;19:259-64.
81. Hadjistavropoulos HD, Thompson MJ, Klein B et al. Dissemination of therapist-assisted internet cognitive behaviour therapy: development and open pilot study of a workshop. *Cogn Behav Ther* 2012;41:230-40.
82. Dever Fitzgerald T, Hunter PV, Hadjistavropoulos T et al. Ethical and legal considerations for internet-based psychotherapy. *Cogn Behav Ther* 2010;39:173-87.
83. Nordgreen T, Standal B, Mannes H et al. Guided self-help via Internet for panic disorder: dissemination across countries. *Comp Human Behav* 2010;26:592-6.
84. Berger T, Andersson G. Internetbasierte psychotherapien: Besonderheiten und empirische evidenz. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2009;59:159-70.
85. Clark DM. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *Int Rev Psychiatry* 2011;23:318-27.
86. Hedman E, Ljotsson B, Lindefors N. Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2012;12:745-64.
87. Beatty L, Lambert S. A systematic review of internet-based self-help therapeutic interventions to improve distress and disease-control among adults with chronic health conditions. *Clin Psychol Rev* 2013;33:609-22.
88. Wagner B, Schulz W, Knaevelsrud C. Efficacy of an Internetbased intervention for posttraumatic stress disorder in Iraq: a pilot study. *Psychiatry Res* 2012;195:85-8.
89. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL et al. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: meta-analysis. *World Psychiatry* 2014;13:56-67.
90. Craske MG, Rose RD, Lang A et al. Computer-assisted delivery of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in primary-care settings. *Depress Anxiety* 2009;26:235-42.

DOI 10.1002/wps.20083

Usos y abusos del restablecimiento: implementación de las prácticas orientadas al restablecimiento en los sistemas de salud mental

MIKE SLADE¹, MICHAELA AMERING², MARIANNE FARKAS³, BRIDGET HAMILTON⁴, MARY O'HAGAN⁵, GRAHAM PANTHER⁶, RACHEL PERKINS⁷, GEOFF SHEPHERD⁷, SAMSON TSEE⁸, ROB WHITLEY⁹

¹King's College London, Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, Denmark Hill, London SE5 8AF, UK; ²Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical University of Vienna, Austria; ³Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, West Boston, MA 02215, USA; ⁴University of Melbourne, School of Health Sciences, Parkville, Melbourne 3010, Australia; ⁵Education House, Wellington, New Zealand; ⁶Redpanther Research, Auckland, New Zealand; ⁷Centre for Mental Health, Maya House, London, UK; ⁸Department of Social Work and Social Administration, University of Hong Kong, Hong Kong; ⁹Douglas Hospital Research Centre, McGill University, Montreal, Canada

Dentro de los sistemas de salud mental ha surgido una comprensión del restablecimiento como una experiencia personal y subjetiva. Este significado del restablecimiento ahora fundamenta las políticas en salud mental de muchos países. El desarrollo de un enfoque en este tipo de restablecimiento implicará la transformación de los sistemas de salud mental. Éstos no fácilmente se transforman. En este artículo identificamos siete mal usos («abusos») del concepto de restablecimiento: el restablecimiento es el modelo último; el restablecimiento no se aplica a «mis» pacientes; los servicios pueden lograr que las personas se restablezcan a través de un tratamiento eficaz; el internamiento y el tratamiento obligatorios facilitan el restablecimiento; una orientación al restablecimiento significa cerrar los servicios de atención; el restablecimiento consiste en hacer que las personas sean independientes y normales; y la contribución a la sociedad sólo ocurre después que la persona se ha restablecido. Enseguida, identificamos diez intervenciones empíricamente válidas que respaldan el restablecimiento al abordar procesos clave del restablecimiento como son conectividad, esperanza, identidad, significación y empoderamiento (el modelo CHIME). Las diez intervenciones son trabajadores que apoyan a semejantes, instrucciones por anticipado, restablecimiento del bienestar, planeación de las acciones, control de la enfermedad y restablecimiento, REFOCUS, modelo de fortalezas, colegios de restablecimiento o programas de educación para el restablecimiento, colocación y apoyo al individuo, apoyo al alojamiento y triálogos en salud mental. Por último, se identifican tres dificultades: ampliar la comprensión cultural del restablecimiento, implementar la transformación organizativa y fomentar la ciudadanía.

Palabras clave: Restablecimiento, servicios de salud mental, trabajadores de apoyo a compañeros, instrucciones por anticipado, planeación de las acciones para el restablecimiento del bienestar, colocación y apoyo al individuo, apoyo al alojamiento, triálogos en salud mental, transformación organizativa, promoción de la ciudadanía.

(World Psychiatry 2014;13:12–20)

La comprensión del restablecimiento como una reanudación de la normalidad sin síntomas se ha cuestionado en los servicios de salud mental. Las personas afectadas personalmente por las enfermedades mentales cada vez han tenido una mayor participación comunicativa que ayuda a trascender el rol de «paciente». Se ha definido el restablecimiento como un «singular proceso profundamente personal consistente en modificar las propias actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades o roles» y «una forma de llevar una vida satisfactoria, esperanzada y contributiva incluso dentro de los límites causados por la enfermedad» (1). Esta definición sustenta las políticas en salud mental en el mundo anglófono (2-6) y en otros países (7).

En su esencia, el restablecimiento personal es una experiencia subjetiva (8). Puede haber una imbricación entre los individuos, pero habrá muchas definiciones subjetivas del restablecimiento, no sólo porque la comprensión que tiene el individuo de su propio restablecimiento puede cambiar en el transcurso del tiempo. Pese al consenso en políticas, ha sido difícil adoptar una orientación al restablecimiento en los servicios de salud mental que confiera primacía a la comprensión del individuo. De hecho, algunos comentaristas señalan que el concepto ha sido «secuestrado» (9) por los profesionales.

Este artículo presenta algunos mal usos del restablecimiento («abusos») y enfoques pro-restablecimiento («usos») empi-

ricamente respaldados. Los autores son expertos internacionales de siete países y comprenden experiencia propia (es decir, experiencia personal en trastorno de salud mental), investigación, autoridades sanitarias y perspectivas clínicas.

Identificamos siete abusos del concepto de «restablecimiento».

ABUSO 1. EL RESTABLECIMIENTO ES EL MODELO ÚLTIMO

Con la difusión del movimiento internacional hacia los servicios de salud mental orientados al restablecimiento, las organizaciones cada vez más tratan de implementar prácticas orientadas al mismo.

Algunas organizaciones contratan a compañeros como una manifestación concreta de la orientación al restablecimiento. Por ejemplo, en trece estados de la Unión Americana se ha contratado a compañeros y las organizaciones en esos estados ahora pueden recibir reembolso por servicios de apoyo a semejantes a través de un plan de seguro nacional (10).

Aunque esto es congruente con los valores de la práctica del restablecimiento (11), el simple hecho de añadir compañeros a la fuerza de trabajo de una organización de salud mental, por sí solo, no crea el cambio de paradigma que es necesario.

De hecho, una falta de compromiso organizativo puede socavar la eficacia de los compañeros trabajadores, si los trabajadores no reciben el respeto o son marginados, o si sus roles son del todo asimilados en el trabajo genérico o de casos clínicos (12).

La implementación de la práctica orientada al restablecimiento debiera centrarse en la persona y enfocarse en ayudar a los individuos a llevar una vida significativa (13), en contraste con establecer metas clínicas que en gran parte están determinadas por los profesionales (14). El cambio a una práctica que aproveche la asociación equitativa, promueva la esperanza y facilite la autodeterminación exige una transformación de servicios, procedimientos y el paradigma dentro del cual se aplican.

ABUSO 2. EL ESTABLECIMIENTO NO ES APLICABLE A «MIS» PACIENTES

La evolución de la ideología y la práctica del restablecimiento –al igual que la psiquiatría– ha tenido un centro de gravedad en la psicosis. Algunos profesionales clínicos señalan que el restablecimiento como un enfoque no es relevante para las personas con las que trabajan, pues los individuos están «demasiado enfermos» o no tienen un diagnóstico de psicosis.

Ninguna postura es empíricamente defendible. Muchas intervenciones en pro del restablecimiento descritas en este artículo son directamente aplicables y se han evaluado en personas con crisis agudas. Asimismo, la investigación empírica del restablecimiento ha comenzado en muchas poblaciones clínicas sin psicosis (por ejemplo, trastorno límite de la personalidad (15), problemas forenses (16), trastornos de la conducta alimentaria (17)) y diversos grupos demográficos (por ejemplo, niños (18), adultos mayores (19), minorías étnicas (20)). Aunque la base de evidencia está menos bien desarrollada que en relación con la psicosis, resulta claro que el restablecimiento al menos tiene relevancia para una amplia gama de poblaciones clínicas.

ABUSO 3. LOS SERVICIOS PUEDEN LOGRAR QUE LAS PERSONAS SE RESTABLEZCAN MEDIANTE UN TRATAMIENTO EFICAZ

Los profesionales de la salud mental a menudo están más acostumbrados al significado clínico del restablecimiento que al restablecimiento personal según se comprende por el movimiento de restablecimiento en la salud mental (1).

En el restablecimiento clínico, los profesionales diagnostican y tratan con el propósito de curar a las personas o atenuar sus síntomas. Una revisión de todos los estudios epidemiológicos con seguimiento de más de 20 años demostró que la mayoría de las personas con un diagnóstico de esquizofrenia logran el restablecimiento clínico (21), aunque se desconoce la varianza en esta tasa de prevalencia que es atribuible a los tratamientos eficaces. En el restablecimiento personal, la persona dirige su propio viaje hacia una vida significativa y roles apreciados (22).

Estas dos versiones del restablecimiento pueden entrelazarse, pero una persona puede experimentar una sin la otra. Tradicionalmente, los servicios de salud mental se han basado en

una versión clínica del restablecimiento o –en el peor de los casos– una creencia de que el restablecimiento de cualquier índole no es posible para muchas personas. Las políticas de salud mental en muchos países ahora exigen que los servicios aprovechen la versión personal del restablecimiento y que se dé crédito al conocimiento derivado de la experiencia efectiva del trastorno mental y el restablecimiento (23).

Para respaldar el restablecimiento personal, los sistemas de salud mental deberán alejarse de una dominancia de las respuestas institucionales, tratamientos farmacológicos e intervenciones coercitivas. Es necesario enfocarse en fomentar la esperanza y una creencia en las personas, respaldar la autodeterminación que garantice el acceso a una amplia gama de servicios orientados a la población (lo que comprende alojamiento, educación, empleo, apoyo a compañeros, educación para el restablecimiento, apoyo durante crisis, apoyo en la vida cotidiana, tratamientos farmacológicos, terapias verbales y defensa de los derechos), y promoción de la inclusión social y los derechos humanos (24). El tratamiento puede ayudar al restablecimiento personal, pero también puede dificultarlo, sobre todo si es la respuesta dominante y conlleva prácticas coercitivas.

ABUSO 4. RECLUSIÓN Y TRATAMIENTO OBLIGATORIOS Y RESTABLECIMIENTO

El tratamiento obligatorio se promueve como una forma eficaz de «cuidar» a los individuos cuando no se pueden cuidar a sí mismos. Por ejemplo, en Inglaterra, la introducción en 2008 de las órdenes de tratamiento de la población (CTO) tuvo como propósito reducir el número de individuos obligatoriamente recluidos en el hospital. Pese a que se emitieron 4.220 CTO entre 2011 a 2012, las tasas de ingreso obligatorio realmente han aumentado (desde 44.093 en 2007 a 2008 hasta 48.631 en 2001 a 2012) (25).

Un análisis sistemático de la bibliografía sobre las órdenes de tratamiento obligatorio reveló escasa evidencia de la eficacia en función de la utilización de servicios de salud, funcionamiento social, estado mental, calidad de vida o satisfacción con la atención recibida (26). Además, el análisis reveló que se necesitarían 85 órdenes de compromiso de atención ambulatoria para evitar un reingreso, 27 para evitar un episodio de desamparo y 238 para evitar un arresto.

El tratamiento obligatorio al parecer es una intervención ampliamente utilizada que según la evidencia reciente es ineficaz para disminuir el reingreso de los pacientes (27). Además, se contraponen al objetivo del restablecimiento de reivindicar una vida significativa –un proceso que está basado en la autodeterminación y el respeto del individuo como un ciudadano de la sociedad. De hecho, un estudio de 136 unidades de salud mental para pacientes agudos en Inglaterra reveló que el enfocarse en el control (menor acceso al personal médico, más utilización de guardias de seguridad, estructura deficiente de las salas) se relacionaba con un incremento del empleo de restricción manual y despliegues de fuerza por el personal (28).

En muchos países ahora se financian iniciativas para reducir el empleo de la obligatoriedad (29). Por ejemplo, Noruega desde 2006 ha contado con un plan de acción nacional para reducir la coerción (30).

ABUSO 5. UNA ORIENTACIÓN AL RESTABLECIMIENTO SIGNIFICA EL CIERRE DE LOS SERVICIOS

Una orientación al restablecimiento no es una justificación válida para los cortes de servicios.

Es aceptable suponer que una vida significativa no se vive dentro de los límites de los servicios de salud mental y el mayor contacto con los organismos diferentes a los de salud mental y formas naturales de apoyo a menudo son vistos por los usuarios de servicios como más valiosos que el contacto con los servicios formales (31). Por consiguiente, una reducción gradual en el contacto con los servicios formales de salud mental, como parte de un plan acordado en forma conjunta y con el respaldo al acceso a los apoyos sociales naturales (amistades, contactos con compañeros, grupos comunitarios, empleo, etcétera), probablemente es útil para apoyar el restablecimiento de una persona.

Sin embargo, el restablecimiento es un proceso no lineal (32) y es preciso contar con servicios para reincorporar a las personas cuando sea necesario. Desde luego los servicios ineficaces se han de reemplazar, pero como un problema relacionado con la mejora de la prestación de servicios en salud mental, no una cuestión de implementar servicios orientados al restablecimiento. Las reducciones en los servicios no se pueden justificar basándose en el cumplimiento del objetivo de brindar apoyo al restablecimiento.

ABUSO 6. EL RESTABLECIMIENTO CONSISTE EN LOGRAR QUE LAS PERSONAS SEAN INDEPENDIENTES Y NORMALES

El modelo clínico que sustenta la mayor parte de los servicios de salud mental ubica los problemas de exclusión en gran parte dentro del individuo. Por consiguiente, las actividades clínicas se enfocan en modificar a las personas a través del tratamiento (psicoterapia, capacitación en destrezas, etcétera), de manera que encajen», es decir, se vuelvan «normales» e «independientes» de apoyo y servicios.

Sin embargo, el restablecimiento no se trata de «mejorar» o dejar de necesitar apoyo –se trata de «recuperar una forma de vida», el derecho a participar en todas las facetas de la vida cívica y económica como ciudadano igual (33). Esto exige un modelo basado en derechos humanos y un modelo social de exclusión: «es la sociedad la que discapacita a las personas. Son las actitudes, las acciones, las suposiciones –estructuras sociales, culturales y físicas que discapacitan al erigir barreras e imponer restricciones y opciones» (34).

La inclusión y la ciudadanía no tienen que ver con «volverse normales», sino en crear comunidades inclusivas que nos puedan dar cabida a todos. No es cuestión de «volverse independiente», sino de tener el derecho al apoyo y los ajustes (en congruencia con las elecciones y las aspiraciones) para asegurar una participación plena y equitativa y ciudadanía (35).

Los derechos humanos de «personas con discapacidades» –incluidas aquellas con trastornos de la salud mental– están bosquejados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidades de las Naciones Unidas (36). Estos comprenden el «derecho a vivir de manera independiente y a ser incluido en la sociedad» (Artículo 19). Un derecho no es con-

tingente con «mejorar» o vivir sin apoyo, y explícitamente incluye el derecho de tener acceso a la «asistencia necesaria que respalda la forma de vivir y la inclusión en la sociedad, para evitar el aislamiento o la segregación».

La participación y la inclusión no implican modificar a las personas para que encajen, sino cambiar el mundo: «el tener una discapacidad psiquiátrica, para muchos de nosotros, es simplemente algo que se nos dio. Los verdaderos problemas existen por las barreras en el entorno que nos impiden vivir, trabajar y aprender en los entornos de nuestra elección... [La tarea es] confrontar, desafiar y modificar esas barreras... que impiden y detienen nuestros esfuerzos para vivir de manera independiente y lograr control de nuestras propias vidas y los recursos que afectan a nuestras vidas» (37).

ABUSO 7. LAS CONTRIBUCIONES A LA SOCIEDAD OCURREN SÓLO DESPUÉS QUE SE RESTABLECE LA PERSONA

El trabajo, sea remunerado, voluntario o trabajo doméstico, es la principal forma en que la mayoría de las personas contribuyen a la sociedad. El trabajo respalda el restablecimiento (38). La mayoría de las personas que utiliza servicios de salud mental pueden trabajar la mayor parte del tiempo, pero 70% a 80% de las personas que utilizan los servicios de salud mental en casi todos los países occidentales no tienen empleo, una proporción mucho más elevada que la de cualquier otro grupo con discapacidad (39,40).

El autoestigma, la discriminación anticipada y la discriminación en los servicios y en la sociedad contribuyen a estas altas tasas de desempleo (41-43), lo mismo que los servicios basados en carencias con bajas expectativas de empleo para las personas con trastornos mentales importantes, y empleadores que carecen de conocimientos de buenas prácticas de empleo para este grupo de personas (44).

En la actualidad los gobiernos de muchos países occidentales están tratando de reducir las cifras de personas que reciben prestaciones sociales o pensiones, a menudo con un enfoque punitivo más que basado en incentivos. Quienes defienden los derechos de las personas contra este enfoque en las prestaciones sociales han creado inadvertidamente un discurso que se enfoca en el derecho al bienestar por encima del derecho de las personas con trastornos mentales a trabajar.

La reforma a las prestaciones sociales punitivas no es la injusticia fundamental, es el número de personas que están con desempleo. Toda la sociedad se beneficia cuando se presupone que las personas con problemas de salud mental pueden trabajar, cuando tienen los mismos derechos de otros para determinar su contribución y cuando tienen un acceso fiable al bienestar si no pueden trabajar o cuando no pueden hacerlo.

MAXIMIZANDO EL APOYO PARA EL RESTABLECIMIENTO

¿Es el restablecimiento sólo vino nuevo en odres viejos (45)? ¿En otras palabras, el apoyo al restablecimiento significa que solamente la implementación óptima de lo que ya sabemos es la mejor práctica? Ciertamente es aceptable presuponer que la implementación constante de la mejor práctica es mejor que la

implementación inconstante, y algunos estiman que el tratamiento y la cobertura óptimos evitarían un 28% de la morbilidad (en comparación con 13% de la morbilidad evitada en el presente) (46). Sin embargo, una revisión sistemática ha identificado cinco procesos de restablecimiento clave como son conectividad, esperanza y optimismo, identidad, significado y propósito y empoderamiento (el modelo CHIME) (32). Estos procesos de restablecimiento difieren de las dianas de resultados clínicos tradicionales y se necesitan intervenciones dirigidas a estos procesos.

Ahora describimos diez intervenciones en pro del restablecimiento apoyadas empíricamente. Los criterios de inclusión fueron intervenciones que se enfocaban en los resultados del restablecimiento como el modelo CHIME y han surgido o han establecido evidencia empírica de apoyo basada en la investigación experimental. Son ejemplares ilustrativos más que una lista prescriptiva de intervenciones. El propósito es identificar los tipos de intervención que se podría esperar se proporcionen en un sistema de salud mental orientado al restablecimiento.

Personal de apoyo a compañeros

El apoyo a compañeros surgió del movimiento de usuarios y sobrevivientes y originalmente se desarrolló fuera del sistema de salud mental tradicional. Está basado en los valores de restablecimiento de esperanza, autodeterminación en torno a la propia vida, participación en el servicio, mutualidad y la utilización del conocimiento de las propias experiencias vitales para ayudarse entre sí.

El apoyo informal a los compañeros proviene de apoyos naturales como la familia y los amigos. En cambio, el apoyo formal a los compañeros implica personal que es empleado en servicios autónomos gestionados por compañeros fuera de los servicios de salud mental tradicional, o colabora con profesionales dentro de un servicio de salud mental o social tradicional.

El personal que apoya a compañeros está representado por individuos con enfermedades mentales que se identifican a sí mismos como tales, y que utilizan su propia experiencia para apoyar a otros para que se restablezcan. Las características clave de su rol son claras (47), y en la actualidad se dispone de directrices para implementación (48).

Se dispone ahora de una base de evidencia sustancial y positiva para los servicios de apoyo a compañeros (47), identificación de la experiencia y las ventajas de ser un trabajador que apoya a compañeros (49-51), cambios en la estructura laboral realizados para mantener la prestación de servicios de apoyo a compañeros (52-54) y descripción de cambios iniciados por trabajadores que apoyan a compañeros (55,56).

La evidencia derivada de siete estudios randomizados controlados (RCT) que evalúan la repercusión de los trabajadores que apoyan a compañeros reveló ventajas congruentes en la relación con los resultados clínicos (participación, sintomatología, funcionamiento, tasas de ingresos), resultados subjetivos (esperanza, control, mediación, empoderamiento) y resultados sociales (amistades, conexión social) (57). Los RCT sobre intervenciones de autotratamiento dirigidas por compañeros en los Países Bajos (58) y Estados Unidos (59,60) mostraron ventajas en relación con tener un modelo de rol de restablecimiento, que persiga el restablecimiento, la esperanza, el restablecimiento autopercibido las puntuaciones de síntomas y la calidad de vida. En una revisión de Cochrane se identificaron siete estudios randomizados en

los que participaron 2.796 personas de tres países (Australia, Reino Unido, Estados Unidos), que muestran resultados equivalentes de trabajadores que apoyan a compañeros en comparación con profesionales empleados en funciones similares (61).

Instrucciones por anticipado

Las personas con enfermedades mentales casi por definición son vulnerables a presentar crisis emocionales. Las técnicas de atención a la salud recientes apoyan a las personas para que se mantengan controladas durante la crisis. Por ejemplo, una instrucción por anticipado implica especificar acciones que han de tomarse para la salud de la persona si pierde su capacidad en el futuro. Las acciones pueden consistir en tratamiento o especificar una persona que tome decisiones en representación.

Las instrucciones por anticipado tienen un apoyo empírico sólido (62). Una variante que cada vez más se utiliza en el contexto de la salud mental, son los planes conjuntos para la atención a crisis, que son elaborados en colaboración con el equipo clínico. Evidencia de RCT sobre los planes conjuntos para la atención a crisis en la psicosis muestran ventajas para disminuir el tratamiento (63), la utilización de servicios (64) y el aumento del control (65). Se están realizando estudios en otras poblaciones clínicas (66).

Planeación de acciones para el restablecimiento del bienestar

El autotratamiento de los síntomas es una tendencia importante en todos los grupos con enfermedades crónicas. Las herramientas para la planeación de acciones para el restablecimiento del bienestar (WRAP) y los procesos apoyan el autotratamiento con un enfoque específico en los servicios de salud mental orientados al restablecimiento.

Se utiliza WRAP para crear planes de restablecimiento, al guiar a individuos y grupos de personas para que reflexionen en lo que los ha ayudado a permanecer bien en el pasado, y considerar estrategias que ayudaron a otros a su restablecimiento (67). Las herramientas de planificación en el «herramiental para el bienestar» se enfocan en el autotratamiento, desde identificar las estrategias fundamentales que mejoran el bienestar diario, hasta reconocer y hacer frente a los factores que desencadenan el trastorno a través de la planeación para la atención a las crisis.

El enfoque es en el acercamiento a la motivación (definir el bienestar y apoyar la consecución de metas) más que en la motivación para la evasión (por ejemplo, alivio sintomático), en congruencia con los esclarecimientos derivados de la psicología positiva de que las metas positivas («abordaje») tienen más probabilidades de lograrse de manera sostenida que las negativas («evitación») (68). El proceso se basa en la facilitación del compañero, para activar los beneficios que inducen a la esperanza de los modelos de rol auténticos (69).

La evaluación de los resultados de los RCT para los participantes (n = 519) en ocho centros de salud mental para la atención a pacientes ambulatorios en una intervención de ocho semanas dirigida por compañeros, en comparación con el tratamiento habitual y la lista de espera para WRAP, mostró ventajas en las características de los síntomas, la esperanza y la calidad de vida (60).

Control de la enfermedad y restablecimiento

El programa de control de la enfermedad y restablecimiento (IMR) es una intervención normalizada empíricamente respaldada para enseñar estrategias que permiten el autocontrol de la enfermedad a personas con enfermedades mentales graves (70).

Se puede proporcionar en un formato individual o de grupo, tarda de cinco a diez meses en llevarse a cabo y comprende cinco estrategias de base empírica: psicoeducación para mejorar la comprensión sobre las enfermedades mentales y su tratamiento; métodos cognitivos-conductuales para mejorar el cumplimiento de la medicación; capacitación en la prevención de recaídas; capacitación en destrezas sociales para amortiguar el estrés y fortalecer el apoyo social; y enseñanza de destrezas para adaptarse a fin de reducir la ansiedad y la gravedad de los síntomas.

La centralidad del cumplimiento de la medicación y la psicoeducación sobre las enfermedades mentales en el programa IMR puede plantear una barrera para su uso por personas que buscan apoyar el restablecimiento. El apoyo al restablecimiento no es incompatible con el diagnóstico y la medicación, pero surge una barrera cuando se presupone que el diagnóstico y la medicación surgen primero en los pasos hacia el restablecimiento (71) (véase Abuso 3). Sin embargo, la IMR comienza y se enfoca en la definición del problema autodirigido, la resolución de los problemas y la consecución de metas personalmente significativas, todos elementos vitales del apoyo al restablecimiento (72,73).

Las evaluaciones de RCT indican que el programa IRM puede mejorar significativamente los síntomas, el funcionamiento, el conocimiento y el progreso hacia las metas para las personas que residen en albergues de apoyo (74), servicios de pacientes externos (75) y centros de rehabilitación en la población (76).

REFOCUS

La intervención REFOCUS aumenta la orientación al restablecimiento que adoptan los equipos de salud mental para adultos de la población.

La intervención manualizada (77) tiene una base teórica (32,78). Se capacita y se brinda apoyo al personal a través de sesiones de reflexión y supervisión para utilizar tres prácticas de trabajo. En primer lugar, para maximizar la planificación de la atención centrada en la persona, el personal analiza los valores y las preferencias de tratamiento del usuario del servicio, utilizando enfoques de conversación, narrativos y visuales. En segundo lugar, el personal utiliza una evaluación normalizada (79) para identificar las fortalezas de los usuarios del servicio, de manera que la planificación de los cuidados se enfoque en amplificar las fortalezas y en la capacidad para obtener acceso a los apoyos sociales, así como en mitigar el déficit. En tercer lugar, el personal brinda apoyo para la consecución activa de las metas por el usuario del servicio hacia sus metas personalmente apreciadas. Además, el personal de capacitación se enfoca en la relación del personal con el usuario del servicio mediante la capacitación del personal para utilizar las destrezas de tutoría.

La intervención REFOCUS se está evaluando en RCT de grupos multicéntricos (80), que están utilizando enfoques innovadores para evaluar el apoyo al restablecimiento (81) y la esperanza (82).

Modelo de fortalezas

El modelo de fortalezas de tratamiento de casos tiene como propósito ayudar a las personas con problemas de salud mental a alcanzar las metas que se establecieron ellos mismos mediante la identificación, aseguramiento y mantenimiento de la gama de recursos ambientales y personales que son necesarios para vivir, jugar y trabajar en una manera normalmente interdependiente en la población (83).

Se ha utilizado ampliamente y durante decenios en los sectores de trabajo social en Estados Unidos y en servicios clínicos en Japón, Hong Kong y Australia (84). La base de evidencia comprende cuatro RCT (85-88) y varias evaluaciones prepost (89), que muestran mejores resultados psicosociales (sobre todo en cuanto a los síntomas y el funcionamiento social) y satisfacción del usuario (84). Una mayor fidelidad conlleva mejores resultados para el consumidor (90).

Colegios de restablecimiento o programas de educación para el restablecimiento

Las personas con discapacidades psiquiátricas han hecho hincapié en la importancia de la educación como una herramienta que les ayuda a obtener las capacidades necesarias para asumir la ciudadanía plena (91).

Los colegios de restablecimiento o los programas de educación para el restablecimiento son un enfoque educativo que respalda el restablecimiento y la reintegración de las personas con discapacidades psiquiátricas. Este modelo de prestación de servicios fue iniciado en la Universidad de Boston en 1984 (92) y ahora se está comenzando a utilizar en Italia, Irlanda e Inglaterra (93).

Hay evidencia sólida que respalda varias características clave (94), entre ellas, la coproducción (95) y el apoyo al autotratamiento a través de la educación (96). La evidencia sobre la evaluación específica del colegio es positiva pero escasa (97).

Colocación y apoyo al individuo

Las personas que no pueden trabajar deben tener un acceso fácil a las prestaciones sociales e incentivos positivos para reanudar el trabajo. Sin embargo, la mayoría de las personas con problema de salud mental desean trabajar (98), aunque necesitan apoyo para seleccionar, hallar y mantener su trabajo (99).

La colocación y el apoyo al individuo es una intervención que brinda este respaldo (100) y cuenta con una base de evidencia sólida (101). Una revisión de Cochrane sintetizó 18 RCT de calidad aceptable y demostró tasas de empleo de 18 meses de 34% para los receptores de la intervención, en comparación con 12% para la capacitación prelaboral (102). Por ejemplo, un RCT europeo de 6 países demostró que la colocación y el apoyo al individuo era superior a la alternativa local en cada centro, por lo que respecta a ayudar a las personas a encontrar y mantener un empleo remunerado (103).

Estudios de seguimiento, realizados después de ocho a 12 años confirman que la mayor eficacia de esta intervención persiste a más largo plazo (104,105) y hay indicios de que se ahorran costos por la reducción del uso de servicios de salud mental y una menor dependencia de las prestaciones sociales (106,107).

Apoyo al alojamiento

La investigación parece indicar que alrededor de 30% a 40% de la población urbana sin hogar padece enfermedades mentales graves. El alojamiento permanente seguro puede actuar como una base a partir de la cual las personas con una enfermedad mental grave pueden alcanzar múltiples metas de restablecimiento y mejorar la calidad de vida (108,109). La intervención para el primer alojamiento implica la reubicación rápida en una instalación independiente. Este enfoque tiene una base de evidencia emergente que muestra mejores resultados (110) y menores costos (111).

Las personas con una enfermedad mental grave deben tener acceso a una gama de opciones de alojamiento, con la capacidad para ejercitar la elección con respecto a sus preferencias.

Triálogos en salud mental

La participación activa de los usuarios de los servicios de salud mental, familiares y amigos es indispensable para implementar una práctica e investigación en salud mental orientadas al restablecimiento (112). Sin embargo, la idea de que la salud mental es un asunto de todas las personas, sea cual sea sus antecedentes y experiencia, y el aceptar entre sí como expertos igualmente capacitados, sigue siendo un reto. Los grupos de triálogo (también conocidos como seminarios de psicosis) son un enfoque para abordar este problema.

Una reunión de triálogo en salud mental es un foro social en el que los usuarios de los servicios, los cuidadores, los amigos, los trabajadores de la salud mental y otras personas con interés en salud mental participan en un diálogo abierto. En las reuniones se abordan diferentes temas, por ejemplo, una comisión para atacar el estigma, o un grupo de trabajo sobre trauma y psicosis. En países de habla alemán, acuden con regularidad 5,000 personas a más de un centenar de grupos de triálogo (113), y está creciendo el interés y las experiencias a nivel internacional (114).

Los triálogos facilitan una forma discreta e independiente de adquisición y producción de conocimiento e impulsan los cambios orientados al restablecimiento en la comunicación y las estructuras.

RETOS CIENTÍFICOS RESTANTES

Aunque se ha demostrado que el modelo CHIME se aplica en todas las culturas que produjeron directrices incluidas en la revisión (115), sigue siendo problemática la aplicación generalizada del concepto de restablecimiento. En concreto, las suposiciones integradas en el restablecimiento pueden ser conceptos «monoculturales» y más amplios de resistencia social y cultural y puede ser necesario el bienestar. Por ejemplo, un aspecto importante es el paradigma del valor colectivista por contraposición a individualista (116). En las culturas colectivistas, como los Maori (los indígenas de Nueva Zelanda) y los chinos, se hace hincapié en la interdependencia entre los familiares y parientes más que en la independencia que se suele promover en las culturas occidentales (117). Aparte de la cultura, el sistema de salud mental y el contexto del servicio (118) también son aspectos importantes de tomar en cuenta. Por ejemplo, los países con ingresos medios y bajos pueden no contar con la infraestructura, como los servicios basados en presupuestos y

en la población, para brindar apoyo a la atención a la salud mental básica (119), no digamos los enfoques de restablecimiento.

Es importante investigar cómo es interpretado el concepto de restablecimiento por los usuarios de los servicios y los profesionales de la salud en un contexto cultural no occidental (120-123). ¿Es posible aplicar las escalas de valoración y fidelidad relacionadas con el restablecimiento de manera fiable y válida (124)? Al investigar factores que facilitan o dificultan el restablecimiento para los individuos de diversos antecedentes culturales, se pueden crear conceptos de restablecimiento culturalmente más aplicables que mejor aborden las necesidades y derechos de los usuarios de servicios.

Está surgiendo una comprensión de la forma de transformar los servicios. Una síntesis de la guía internacional sobre el apoyo al restablecimiento identifica cuatro niveles de práctica: el apoyo al restablecimiento personalmente definido (cuáles intervenciones se ofrecen), la relación de trabajo (cómo se ofrecen las intervenciones), el compromiso organizativo (¿cuál es el «asunto central» del sistema de salud mental?) y el promover la ciudadanía (brindar respaldo a la experiencia de derechos de ciudadanía más amplios) (78). La mayor parte de las intervenciones revisadas en este artículo abordan los primeros dos de estos niveles. La Implementación del Restablecimiento – Cambio Organizativo (ImROC) en Inglaterra aborda la cultura de los servicios de salud mental (93), utilizando un enfoque establecido de aprendizaje para ayudar a las organizaciones a hacer frente a diez dificultades organizativas clave (125).

La frontera final tal vez sea reducir y eliminar las barreras que impiden a los individuos experimentar el derecho pleno de la ciudadanía (126). Para los sistemas de salud mental, esto implicará la transformación y el distanciamiento de una perspectiva mundial de «tratamiento y restablecimiento», en la cual se le da prioridad a la provisión de tratamientos con el propósito de que la persona luego quede lista para reincorporarse en su vida. Las investigaciones empíricas de los conceptos de «disposición para trabajar» (en la colocación y el apoyo al individuo) y la «disposición para alojarse» (en el primer alojamiento) ha mostrado que son conceptos inadvertidamente tóxicos, que reducen la esperanza y limitan las expectativas. Se ha aducido que este cambio en el énfasis se aplica más ampliamente que sólo el apoyo para el empleo y el alojamiento (127).

Sin embargo, la dificultad más amplia –y más importante– es el cambio social, que involucrará a profesionales y personas con experiencia real para que se vuelvan socios (112) y activistas sociales (128), para cuestionar las suposiciones estigmatizantes de que las personas con enfermedades mentales no pueden o no deben tener los mismos derechos de ciudadanía que cualquier otra persona en la sociedad.

Agradecimientos

La intervención REFOCUS es una investigación independiente financiada por el National Institute for Health Research (NIHR) bajo sus becas de programa para la investigación transferible (número de referencia de beca RP-PG-0707-10040) y en relación con el Centro de Investigación Biomédica Especializado en Salud Mental de NIHR en el Instituto de Psiquiatría, King's College London y la South London and Maudsley NHS Foundation Trust. Los puntos de vista expresados en esta publi-

cación son de los autores y no necesariamente los de alguna organización de atención a la salud u organización financiadora.

Bibliografía

1. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J* 1993; 16: 11-23.
2. Department of Health and Ageing. Fourth national mental health plan: an agenda for collaborative government action in mental health 2009–2014. Canberra: Commonwealth of Australia, 2009.
3. Mental Health Commission of Canada. Changing directions, changing lives: the mental health strategy for Canada. Calgary: Mental Health Commission of Canada, 2012.
4. Department of Health Social Services and Public Safety (Northern Ireland). Service framework for mental health and wellbeing. Belfast: Department of Health Social Services and Public Safety, 2010.
5. New Freedom Commission on Mental Health. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Final report. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, 2003.
6. Her Majesty's Government. No health without mental health. Delivering better mental health outcomes for people of all ages. London: Department of Health, 2011.
7. Slade M, Adams N, O'Hagan M. Recovery: past progress and future challenges. *Int Rev Psychiatry* 2012;24:1-4.
8. Bellack A, Drapalski A. Issues and developments on the consumer recovery construct. *World Psychiatry* 2012;11:156-60.
9. Mental Health "Recovery" Study Working Group. Mental health "recovery": users and refusers. Toronto: Wellesley Institute, 2009.
10. Salzer MS, Schwenk E, Brusilovskity E. Certified peer specialist roles and activities: results from a national survey. *Psychiatr Serv* 2010;61:520-3.
11. Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry* 2007;6:68-74.
12. Richard A, Jongbloed L, MacFarlane A. Integration of peer support workers into community mental health teams. *Int J Psychosoc Rehabil* 2009;14:99-110.
13. Farkas M, Gagne C, Anthony W et al. Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. *Community Ment Health J* 2005;41:141-58.
14. Andresen R, Oades L, Caputi P. Psychological recovery: beyond mental illness. London: Wiley, 2011.
15. Katsakou C, Marougka S, Barnicot K et al. Recovery in borderline personality disorder (BPD): a qualitative study of service users' perspectives. *PLoS One* 2012;7(5).
16. Drennan G, Alred D (eds). Secure recovery. Approaches to recovery in forensic mental health settings. Milton: Willan, 2012.
17. Couturier J, Lock J. What is recovery in adolescent anorexia nervosa? *Int J Eat Disord* 2006;39:550-5.
18. Friesen BJ. Recovery and resilience in children's mental health: views from the field. *Psychiatr Rehabil J* 2007;31:38-48.
19. Daley S, Newton D, Slade M et al. Development of a framework for recovery in older people with mental disorder. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013;28:522-9.
20. Sass B, Moffat J, McKenzie K et al. A learning and action manual to improve care pathways for mental health and recovery among BME groups. *Int Rev Psychiatry* 2009;21:472-81.
21. Slade M, Amering M, Oades L. Recovery: an international perspective. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2008;17:128-37.
22. Slade M. Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
23. Lapsley H, Nikora LW, Black R. Kia mauri tau! Narratives of recovery from disabling mental health problems. Wellington: Mental Health Commission, 2002.
24. Mental Health Advocacy Coalition. Destination: recovery: Te unga ki uta: te oranga. Auckland: Mental Health Foundation of New Zealand, 2008.
25. Health and Social Care Information Centre. Inpatients formally detained in hospitals under the Mental Health Act 1983, and patients subject to supervised community treatment, Annual figures, England, 2011/12. London: Health and Social Care Information Centre, 2012.
26. Kisely SR, Campbell LA, Preston NJ. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011(2): CD004408.
27. Burns T, Rugkasa J, Molodynski A et al. Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *Lancet* 2013;381:1627-33.
28. Bowers L, Van Der Merwe M, Paterson B et al. Manual restraint and shows of force: the City-128 study. *Int J Ment Health Nurs* 2012;21:30-40.
29. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrutter R et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45:889-97.
30. Helsedirektoratet. Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern [National action plan for reducing use of coercion in mental health care]. Oslo: Norwegian Health Department, 2006.
31. Davies S, Wakely E, Morgan S et al. Mental health recovery heroes past and present. A handbook for mental health care staff, service users and carers. Brighton: Pavilion Press, 2012.
32. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C et al. A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011;199:445-52.
33. Perkins R. UK mental health policy development – An alternative view. In: Phillips P, Sandford T, Johnston C (eds). Working in mental health: practice and policy in a changing environment. Oxford: Routledge, 2012:14-24.
34. Oliver M. If I had a hammer: the social model in action. In: Sawin J, French S, Barnes C et al (eds). Disabling barriers – Enabling environments. London: Sage, 2004:7-12.
35. Disability Rights Commission. Independent living and the Commission for Equality and Human Rights. London: Disability Rights Commission, 2007.
36. United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities. New York: United Nations, 2006.
37. Deegan P. The independent living movement and people with psychiatric disabilities: taking back control over our lives. *Psychosoc Rehabil J* 1992;15:3-10.
38. Warner R. Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Curr Opin Psychiatry* 2009;22:374-80.
39. Office of the Deputy Prime Minister. Mental health and social exclusion. Social Exclusion Unit report. June 2004. London: Office of the Deputy Prime Minister, 2004.
40. Australian Government. People living with psychotic illness 2010. Canberra: Department of Health and Ageing, 2011.
41. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2010;71:2150-61.
42. Lasalvia A, Zoppi S, Van Bortel T et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet* 2013; 381:55-62.
43. Thornicroft G, Brohan E, Rose D et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet* 2009;9661:408-15.
44. Thornicroft G. Shunned: discrimination against people with mental illness. Oxford: Oxford University Press, 2005.

45. Davidson L, O'Connell M, Tondora J et al. Recovery in serious mental illness: a new wine or just a new bottle? *Prof Psychol Res Pr* 2005;36:480-7.
46. Andrews G, Issakidis C, Sanderson K et al. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *Br J Psychiatry* 2004;184:526-33.
47. Davidson L, Bellamy C, Guy K et al. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry* 2012;11:123-8.
48. Repper J. ImROC briefing paper 7. Peer support workers: a practical guide to implementation. London: Centre for Mental Health, 2013.
49. Moran GS, Russionova Z, Gidugu V et al. Benefits and mechanisms of recovery among peer providers with psychiatric illnesses. *Qual Health Res* 2012;22:304-19.
50. Grant EA, Reinhart C, Wituk S et al. An examination of the integration of certified peer specialists into community mental health centers. *Community Ment Health J* 2012;48:477-81.
51. Moran GS, Russionova Z, Stepas K. Toward understanding the impact of occupational characteristics on the recovery and growth processes of peer providers. *Psychiatr Rehabil J* 2012;35: 376-80.
52. Kemp V, Henderson AR. Challenges faced by mental health peer support workers: peer support from the peer supporter's point of view. *Psychiatr Rehabil J* 2012;35:337-40.
53. Singer G. Managing my life as a peer support worker. *Psychiatr Rehabil J* 2012;35:149-50.
54. Creamer MC, Varker T, Bisson J et al. Guidelines for peer support in high-risk organizations: an international consensus study using the Delphi method. *J Trauma Stress* 2012;25:134-41.
55. Pickett SA, Phillips H, Nobiling J. Recovery international groups for mental health consumers. *Psychiatr Serv* 2012;63:295.
56. West C. Powerful choices: peer support and individualized medication self-determination. *Schizophr Bull* 2012;37:445-50.
57. Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health* 2011;20:392-411.
58. van Gestel-Timmermans JA, Brouwers EPM, van Nieuwenhuizen C. Recovery is up to you, a peer-run course. *Psychiatr Serv* 2010; 61:944-5.
59. Cook JA, Steigman P, Pickett SA et al. Randomized controlled trial of peer-led recovery education using Building Recovery of Individual Dreams and Goals through Education and Support (BRIDGES). *Schizophr Res* 2012;136:36-42.
60. Cook JA, Copeland ME, Jonikas JA et al. Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophr Bull* 2012;38:881-91.
61. Pitt V, Lowe D, Hill S et al. Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013(3):CD004807.
62. Campbell LA, Kisely SR. Advance treatment directives for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009(1):CD005963.
63. Henderson C, Flood C, Leese M et al. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ* 2004;329:136-40.
64. Flood C, Byford S, Henderson C et al. Joint crisis plans for people with psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial. *BMJ* 2006;333:729.
65. Henderson C, Flood C, Leese M et al. Views of service users and providers on joint crisis plans: single blind randomized controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:369-76.
66. Moran P, Borschmann R, Flach C et al. The effectiveness of joint crisis plans for people with borderline personality disorder: protocol for an exploratory randomised controlled trial. *Trials* 2010;11: 18.
67. Doughty C, Tse S, Duncan N et al. The Wellness Recovery Action Plan (WRAP): workshop evaluation. *Australasian Psychiatry* 2008;16:450-6.
68. Sheldon KM, Williams G, Joiner T. Self-determination theory in the clinic: motivating physical and mental health. New Haven: Yale University Press, 2003.
69. Smith-Merry J, Freeman R, Sturdy S. Implementing recovery: an analysis of the key technologies in Scotland. *Int J Ment Health Syst* 2011;5:11.
70. Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW et al. Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatr Serv* 2002;53: 1272-84.
71. Deegan P, Drake R. Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatr Serv* 2006;57: 1636-9.
72. Mueser KT, Meyer PS, Penn DL et al. The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. *Schizophr Bull* 2006;32(Suppl. 1):S32-43.
73. Whitley R, Gingerich S, Lutz WJ et al. Implementing the illness management and recovery program in community mental health settings: facilitators and barriers. *Psychiatr Serv* 2009;60: 202-9.
74. Levitt AJ, Mueser KT, Degenova J et al. Randomized controlled trial of illness management and recovery in multiple-unit supportive housing. *Psychiatr Serv* 2009;60:1629-36.
75. Fardig R, Lewander T, Melin L et al. A randomized controlled trial of the illness management and recovery program for persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2011;62:606-12.
76. Hasson-Ohayon I, Roe D, Kravetz S. A randomized controlled trial of the effectiveness of the illness management and recovery program. *Psychiatr Serv* 2007;58:1461-6.
77. Bird V, Leamy M, Le Boutillier C et al. REFOCUS: promoting recovery in community mental health services. London: Rethink, 2011.
78. Le Boutillier C, Leamy M, Bird VJ et al. What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatr Serv* 2011;62:1470-6.
79. Bird V, Le Boutillier C, Leamy M et al. Assessing the strengths of mental health service users – systematic review. *Psychol Assess* 2012;24:1024-33.
80. Slade M, Bird V, Le Boutillier C et al. REFOCUS Trial: protocol for a cluster randomised controlled trial of a pro-recovery intervention within community based mental health teams. *BMC Psychiatry* 2011;11:185.
81. Williams J, Leamy M, Bird V et al. Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:1827-35.
82. Schrank B, Bird V, Rudnick A et al. Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: systematic search and narrative review. *Soc Sci Med* 2012; 74: 554-64.
83. Rapp C, Goscha R. The strengths model: case management with people with psychiatric disabilities, 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2012.
84. Hamilton B, Bichara E, Roper C et al. Gaining strength: consumers' experiences of case management with the strengths model. Melbourne: St Vincent's Health, Victorian Department of Health, 2012.
85. Modrcin M, Rapp CA, Poertner J. The evaluation of case management services with the chronically mentally ill. *Eval Program Planning* 1988;11:307-14.
86. Macias C, Kinney R, Farley OW et al. The role of case management within a community support system: partnership with psychosocial rehabilitation. *Community Ment Health J* 1994;30: 323-39.
87. Macias C, Farley OW, Jackson R et al. Case management in the context of capitation financing: an evaluation of the strengths model. *Adm Policy Ment Health* 1997;24:535-43.

88. Stanard RP. The effect of training in a strengths model of case management on client outcomes in a community mental health center. *Community Ment Health J* 1999;35:169-79.
89. Teague GB, Mueser KT, Rapp CA. Advances in fidelity measurement for mental health services research: four measures. *Psychiatr Serv* 2012;63:765-71.
90. Fukui S, Goscha R, Rapp CA et al. Strengths model case management fidelity scores and client outcomes. *Psychiatr Serv* 2012;63: 708-10.
91. Mowbray CT, Collins ME, Bellamy CD et al. Supported education for adults with psychiatric disabilities: an innovation for social work and psychosocial rehabilitation practice. *Soc Work* 2005; 50:7-20.
92. Hutchinson DS, Gagne C, Bowers A et al. A framework for health promotion services for people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J* 2006;29:241-50.
93. NHS Confederation Mental Health Network. Supporting recovery in mental health. London: NHS Confederation, 2012.
94. Perkins R, Repper J, Rinaldi M et al. ImROC 1. Recovery Colleges. London: Centre for Mental Health, 2012.
95. Boyle D, Harris M. The challenge of co-production. London: New Economics Foundation, 2009.
96. Foster G, Taylor SJ, Eldridge SE et al. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007(4):CD005108.
97. Dunn EC, Sally Rogers E, Hutchinson DS et al. Results of an innovative university-based recovery education program for adults with psychiatric disabilities. *Adm Policy Ment Health* 2008; 35:357-69.
98. Grove B, Secker J, Seebohm P. New thinking about mental health and employment. Oxford: Radcliffe, 2005.
99. Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS et al. The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull* 2010;36:48-70.
100. Grove B, Lockett H, Shepherd G et al. Doing what works – Individual Placement and Support into Employment. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2009.
101. Bond GR, Drake RE, Becker DR. Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry* 2012;11:32-9.
102. Crowther R, Marshall M, Bond GR et al. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(2):CD003080.
103. Burns T, Catty J, Becker T et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007;370:1146-52.
104. Becker D, Baker SR, Carlson L et al. Critical strategies for implementing supported employment. *J Vocat Rehabil* 2007;27: 13-20.
105. Salyers MP, Becker DR, Drake RE et al. A ten-year follow-up of a supported employment program. *Psychiatr Serv* 2004;55:302-8.
106. Sainsbury Centre for Mental Health. Commissioning what works: the economic and financial case for supported employment. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2009.
107. Knapp M, Patel A, Curran C et al. Supported employment: cost-effectiveness across six European sites. *World Psychiatry* 2013; 12:60-8.
108. Padgett D. There's no place like (a) home: ontological security among people with serious mental illness in the United States. *Soc Sci Med* 2007;64:1925-36.
109. Whitley R, Harris M, Drake RE. Safety and security in small-scale recovery housing for people with severe mental illness: an inner-city case study. *Psychiatr Serv* 2008;59:165-9.
110. Padgett D, Gulcur L, Tsemberis S. Housing first services for people who are homeless with co-occurring serious mental illness and substance abuse. *Res Soc Work Pract* 2006;16:74-83.
111. Larimer ME, Malone DK, Garner MD et al. Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *JAMA* 2009;301:1349-57.
112. Wallcraft J, Amering M, Freidin J et al. Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers. *World Psychiatry* 2011;10:229-36.
113. Bock T, Priebe S. Psychosis seminars: an unconventional approach. *Psychiatr Serv* 2005;56:1441-3.
114. MacGabhann L, McGowan P, Ni Cheirín L et al. Mental Health Trialogue Network Ireland: transforming dialogue in mental health communities. Dublin: Dublin City University, 2012.
115. Slade M, Leamy M, Bacon F et al. International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2012;21:353-64.
116. Papadopoulos C, Foster J, Caldwell K. 'Individualism-Collectivism' as an explanatory device for mental illness stigma. *Community Ment Health J* 2013; 49:270-80.
117. Tse S. Use of the recovery approach to support Chinese immigrants recovery from mental illness: a New Zealand perspective. *Am J Psychiatr Rehabil* 2004;7:53-68.
118. Perkins R, Slade M. Recovery in England: transforming statutory services? *Int Rev Psychiatry* 2012;24:29-39.
119. Hanlon C, Wondimagegn D, Alem A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa. *World Psychiatry* 2010;9:185-9.
120. Ng RKM, Pearson V, Chen E. What does recovery from schizophrenia mean? Perceptions of psychiatrists. *Int J Cult Ment Health* 2008;1:118-30.
121. Lam M, Pearson V, Ng RKM et al. What does recovery from schizophrenia mean? Perceptions of young first episode patients. *Int J Soc Psychiatry* 2009;57:580-7.
122. Thara R. Consumer perception of recovery: an Indian perspective. *World Psychiatry* 2012;11:169-70.
123. Katontoka S. Consumer recovery: a call for partnership between researchers and consumers. *World Psychiatry* 2012;11:170-1.
124. Shanks V, Williams J, Leamy M et al. Measures of personal recovery: a systematic review. *Psychiatr Serv* 2013;64:974-80.
125. Shepherd G, Boardman J, Burns M. Implementing recovery. A methodology for organisation change. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2010.
126. Gerlinger G, Hauser M, De Hert M et al. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry* 2013;12:155-64.
127. Slade M. Everyday solutions for everyday problems: how mental health systems can support recovery. *Psychiatr Serv* 2012;63: 702-4.
128. Slade M. Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Serv Res* 2010;10:26.

DOI 10.1002/wps.20084

Los retos de los medios sociales para la psiquiatría

PAUL S. APPELBAUM^{1,2}, ANDREW KOPELMAN³

¹Department of Psychiatry, College of Physicians and Surgeons, Columbia University, New York, NY, USA; ²New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA; ³Department of Psychiatry, Division of Forensic Psychiatry, New York University/Bellevue Hospital, New York, NY, USA

La evolución de la Internet para incluir contenido generado por el usuario, a lo que suele designarse como Web 2.0, ha modificado nuestras nociones básicas de privacidad, conectividad y comunicación. A medida que un mayor número de personas twitean, utilizan blogs, publican información en las páginas Web de los medios sociales y suben vídeos personales, una de las consecuencias ha sido la dilución de los límites entre las esferas social y profesional. Sea como usuarios de datos publicados por otros o creadores de información a la que otros pueden acceder, los psiquiatras son plenos participantes en la revolución de los medios sociales y crean una serie compleja de retos prácticos y éticos para el ejercicio de la psiquiatría.

Los pacientes cada vez recurren más a la Internet para enterarse de sus trastornos, médicos y tratamiento (1). Una vez en línea, encuentran no sólo información relacionada con la salud y profesional, sino también las «huellas digitales» sociales de sus médicos. Asimismo, los médicos tienen nuevo acceso a las vidas personales de sus pacientes, lo que comprende la posibilidad de adquirir información que los pacientes no han revelado de manera directa y que tal vez no quieren que ellos la tengan. En este artículo consideramos algunas de las formas en las cuales los medios sociales basados en Internet pueden repercutir en el ejercicio de la psiquiatría, y abordamos algunos de los aspectos que surgen cuando los psiquiatras consumen y producen contenido en medios sociales.

LOS PSIQUIATRAS COMO CONSUMIDORES DE MEDIOS SOCIALES

Los medios sociales pueden ser fuentes enriquecidas de datos colaterales que pueden ser útiles para el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos psiquiátricos, sobre todo dada la falta de fiabilidad de la información recopilada en las entrevistas clínicas (2). Los análisis de las páginas de Facebook han demostrado la inclusión frecuente de información detallada, accesible al público, que describe síntomas de depresión (3) y patrones persistentes de abuso de sustancias (4). Los informes de casos ya han demostrado la potencial utilidad clínica de la información basada en Internet para los psiquiatras, por ejemplo, al modificar la evaluación del riesgo de un paciente suicida en la sala de urgencias (5).

De hecho, las personas con trastornos psiquiátricos pueden tener una sobrerrepresentación entre las que a menudo revelan información en línea. Por ejemplo, la encuesta Seguridad de Internet para Niños y Jóvenes de 1501 informantes de 10 a 17 años de edad reveló que 5% de los sujetos que comunicaron

síntomas de depresión mayor pasaban más tiempo en línea y tenían más probabilidades de publicar información identificable (si eran varones) y fotografías (si eran mujeres) que aquellos con síntomas depresivos (6). Otros estudios han señalado que la utilización excesiva de Internet puede correlacionarse con la ansiedad social, la depresión y la introversión (7).

¿Qué debiera preocupar a los psiquiatras con respecto a buscar la información recién disponible en las páginas Web de medios sociales y en otras partes de la Internet? Como una cuestión fundamental, claramente no está justificada la suposición de que la información en la Internet es necesariamente exacta. Los investigadores han demostrado que las personas se involucran más fácilmente en el juego de roles y fantasías en contenido generado por usuarios en línea (8). Estas conductas pueden acentuarse por el efecto de «desinhibición en línea» favorecido por el carácter asincrónico de la comunicación en línea, la minimización de la autoridad centralizada y la mayor anonimidad inherente al modelo social de la Internet (9).

Sin embargo, aun cuando tal información sea exacta, hay otras inquietudes con respecto a que los psiquiatras tengan acceso a las huellas digitales de sus pacientes, muy notablemente la intrusión en aspectos de las vidas de los pacientes que pueden considerarse prohibidos para sus terapeutas. Se podría considerar que la indiscreción de obtener acceso a datos de los medios sociales sin el consentimiento de los pacientes es mitigada por la conducta aparentemente pública de los pacientes al publicar los datos en páginas Web fácilmente vistas y no restringidas. Sin embargo, una encuesta de 492 usuarios de blogs demostró que las personas a menudo revelan información en línea teniendo en mente una audiencia específica y un periodo determinado, aun cuando la información pueda entonces volverse ampliamente disponible durante un periodo indefinido (10).

Los motivos erróneos son otra inquietud con respecto a la búsqueda de información de los pacientes. La simple curiosidad, el voyeurismo o incluso el interés propio pueden subyacer a las búsquedas en línea. Un estudio de un caso de un psiquiatra que evaluó el estado económico de un paciente que no estaba pagando su consulta al mirar su casa en Google Earth ilustra los impulsos interesados que pueden subyacer a las tentativas de obtener acceso a información sobre los pacientes (11).

Por último, los psiquiatras pueden no haber analizado con detalle cómo pretenden utilizar la información en torno a sus pacientes en línea. Si el terapeuta desea utilizar la información para el tratamiento, por ejemplo, confrontando a un paciente en relación con el abuso de sustancias continuado, documentado

en una página de una red social, supuestamente tendría que revelarse su fuente. Las consecuencias de tales revelaciones pueden ser difíciles de prever, pero reflexionando en cómo un psiquiatra se sentiría si un paciente subrepticamente lograra acceso a información personal similar podría sugerir una respuesta. Si no se revela, se podría plantear sobre los efectos de corrupción del conocimiento oculto en sus interacciones, sobre todo cuando está en el curso una psicoterapia.

En suma, se precisa cautela para obtener acceso a los datos de los pacientes en línea, sobre todo información personal sensible que puede aparecer en las páginas Web de los medios sociales. Los psiquiatras deben tener claro de qué manera la información beneficiará a la atención a los pacientes y se debiera considerar muy bien por anticipado un plan para utilizar la información. Dada la intrusión en la privacidad de los pacientes, se ha de tomar en cuenta el obtener el consentimiento de ellos. De un modo similar a otras intervenciones médicas, tal vez este requisito de consentimiento sólo se debiera ignorar en una situación de urgencia en la que son primordiales las cuestiones de la seguridad aguda. Y, desde luego, antes de hacer cualquier uso de la información obtenida, se debiera tomar en cuenta su probable exactitud.

LOS PSIQUIATRAS COMO PRODUCTORES DE MEDIOS SOCIALES

Los psiquiatras y otros médicos ahora tienen una presencia en la Internet, incluso en los medios sociales. Esta presencia es complementada por el contenido producido por los pacientes sobre los médicos, por ejemplo, páginas Web que recopilan evaluaciones de los médicos por sus pacientes (12).

Sin embargo, el contenido de las publicaciones por médicos, estudiantes de medicina y otros profesionales de la atención a la salud suele ser problemático. Un análisis de 271 blogs escritos por médicos y enfermeras reveló que 42% describían pacientes y 18% los describían de manera negativa. De los que describían a pacientes, se juzgó que 17% contenían información suficiente para que los pacientes se reconocieran a sí mismos o fueran reconocidos por sus médicos y tres blogs incluían fotografías reconocibles de pacientes (13). En 2013, un estudio de cohortes de las páginas de Facebook de 200 estudiantes de medicina de grados avanzados que solicitaban una contienda para la residencia reveló que 16% de estas páginas contenían material no profesional claramente incongruente con las directrices de acreditación (14).

¿En qué medida el posible acceso de los pacientes a información en línea conforma la utilización de medios sociales por los psiquiatras? La revelación de información relacionada con el paciente, aun cuando no se identifique directamente a los pacientes, puede plantear dudas en el público sobre la privacidad de sus interacciones médicas, aumentando su renuencia a hablar francamente con sus médicos. Cuando los materiales publicados comprenden comentarios negativos sobre el sistema de atención a la salud en general o de un centro específico, pueden socavar la confianza de los pacientes en los sistemas médicos y desalentarlos en la búsqueda de tratamiento. Asimismo, el contenido que muestra a médicos y otros profesionales sanitarios «comportándose mal» puede cuestionar su criterio clínico, planteando dudas en las mentes de los pacientes sobre

la calidad del tratamiento que recibirán. Tal conducta puede tener consecuencias negativas para el psiquiatra, incluida la disciplina por los consejos reguladores (15).

La divulgación irreflexiva y excesiva de los propios psiquiatras, sobre todo cuando intervienen en psicoterapia es otra inquietud inherente a su empleo de los medios sociales. El modelo del terapeuta como una «pizarra en blanco» data de los tiempos de Freud, quien ilustró al analista ideal como «opaco para sus pacientes y, como un espejo, mostrando sólo lo que se le muestra a él» (16). Aunque hoy día diversas escuelas de psicoterapia adoptan diferentes enfoques a la autodivulgación, casi todos están de acuerdo en que las divulgaciones deben ser infrecuentes, limitadas a un periodo y efectuadas sólo cuando probablemente tengan una repercusión terapéutica positiva (17). En general, las divulgaciones en línea carecen de la mayor parte de estas características. Es crucial que el psiquiatra puede estar completamente ignorante de cuándo y si ha ocurrido alguna divulgación y por tanto nunca poder abordar su significación con el paciente.

En el extremo, la participación en los medios sociales puede contribuir a una destrucción de los límites de la relación médico-paciente. Cuando los profesionales médicos aceptan el ofrecimiento de que un paciente se convierta en su «amigo» en línea, los límites entre lo personal y lo profesional se vuelven borrosos (18). La terminología en sí parece indicar que ha ocurrido una transición en la relación.

Aunque es fácil enfocarse en las consecuencias negativas de los medios sociales para la psiquiatría, no se debe descuidar el papel positivo que pueden desempeñar estos medios. Además de utilizarse para la interacción social, los medios sociales ofrecen una oportunidad para los psiquiatras y otros médicos de formar grupos de profesionales sanitarios con intereses similares; compartir recursos con colegas (por ejemplo, la página Web SlideShare, que permite a los usuarios cargar y compartir presentaciones en Powerpoint y otros materiales educativos); recopilar datos para investigación; y difundir información médica útil para el público en general (por ejemplo, creando páginas de Facebook para la educación y el análisis con respecto a síndromes psiquiátricos específicos). Por consiguiente, no está del todo claro que la abstinencia sea la respuesta correcta a las dificultades planteadas por los medios sociales.

Estamos convencidos de que los médicos no tienen que evitar los medios sociales siempre y cuando los utilicen con prudencia (19). Una conducta en línea cautelosa comprende aprovechar las ventajas de los contextos de privacidad apropiados, lo que implica tener una buena razón para difundir en general información personal. También es importante evitar el contenido no profesional, con las consecuencias que esto pueda tener para los pacientes actuales y futuros y sus repercusiones en la responsabilidad para los propios psiquiatras. Como regla general, puede ser útil plantearse a sí mismo la pregunta: «¿Cuán cómodo me sentiría con los pacientes que vieran esta información?». Los comentarios peyorativos sobre centros o pacientes no tienen lugar en los medios sociales. Los psiquiatras no sólo debieran tener presente el contenido que han publicado y para quién estará disponible; de una manera sistemática deben revisar la Internet para buscar información en torno a sí mismos que hayan publicado otros, que pueda ser inexacta o manifiestamente mal intencionada.

Con estas precauciones, que se debieran inculcar como parte de la capacitación psiquiátrica (20), el psiquiatra del siglo XXI debiera ser un participante cauteloso pero entusiasta en la revolución de los medios sociales.

Bibliografía

1. Yellowlees P, Nafiz N. The psychiatrist-patient relationship of the future: anytime, anywhere? *Harv Rev Psychiatry* 2010;18:96-102.
2. Achenbach TM, Krukowski RA, Dumenci L et al. Assessment of adult psychopathology: meta-analyses and implications of cross-informant correlations. *Psychol Bull* 2005;131:361-82.
3. Moreno MA, Jelenchick LA, Egan KG et al. Feeling bad on Facebook: depression disclosures by college students on a social networking site. *Depress Anxiety* 2011;28:447-55.
4. Ridout B, Campbell A, Ellis L. 'Off your Face(book)': alcohol in online social identity construction and its relation to problem drinking in university students. *Drug Alcohol Rev* 2012;31:20-6.
5. Neimark G, Hurford MO, DiGiacomo J. The Internet as collateral informant. *Am J Psychiatry* 2006;163:1842.
6. Ybarra ML, Alexander C, Mitchell KJ. Depressive symptomatology, youth Internet use, and online interactions: a national survey. *J Adolesc Health* 2005;36:9-18.
7. Caplan SE. Relations among loneliness, social anxiety, and problematic Internet use. *Cyberpsychol Behav* 2007;10:234-42.
8. Bessière K, Seay AF, Kiesler S. The ideal elf: identity exploration in World of Warcraft. *Cyberpsychol Behav* 2007;10:530-5.
9. Suler J. The online disinhibition effect. *Cyberpsychol Behav* 2004;7:321-6.
10. Viegas FB. Bloggers' expectations of privacy and accountability: an initial survey. *Journal of Computer-Mediated Communication* 2005;10: article 12.
11. Clinton BK, Silverman BC, Brendel DH. Patient-targeted Googling: the ethics of searching online for patient information. *Harv Rev Psychiatry* 2010;18:103-12.
12. Lagu T, Hannon NS, Rothberg MB et al. Patients' evaluations of health care providers in the era of social networking: an analysis of physician-rating websites. *J Gen Intern Med* 2010;25:942-6.
13. Lagu T, Kaufman EJ, Asch D et al. Content of weblogs written by health professionals. *J Gen Intern Med* 2008;23:1642-6.
14. Ponce BA, Determann JR, Boohaker HA et al. Social networking profiles and professionalism issues in residency applicants: an original study-cohort study. *J Surg Educ* 2013;70:502-7.
15. Greysen S, Chretien KC, Kind T et al. Physician violations of online professionalism and disciplinary actions: a national survey of state medical boards. *JAMA* 2012;307:1141-2.
16. Freud S. Papers on technique: recommendations to physicians practicing psycho-analysis. In Strachey J (ed). Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. 12. London: Hogarth Press, 1958:111-20.
17. Henretty JR, Levitt HM. The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: a qualitative review. *Clin Psychol Rev* 2010;30:63-77.
18. Devi S. Facebook friend request from a patient? *Lancet* 2011;377:1141-2.
19. McCartney M. How much of a social media profile can doctors have? *BMJ* 2012;344:e440.
20. DeJong SM, Benjamin S, Anzia JM et al. Professionalism and the Internet in psychiatry: what to teach and how to teach it. *Acad Psychiatry* 2012;36:356-62.

DOI 10.1002/wps.20085

Grandes expectativas para la investigación participativa: ¿qué hemos logrado en los últimos diez años?

TIL WYKES

Department of Psychology, Institute of Psychiatry, King's College London, De Crespigny Park, London SE5 8AF, UK

La participación de los usuarios de servicios en la investigación solía ser del tipo en que los individuos eran los «sujetos» de la investigación, lo que implicaba un sentido de exposición e incluso sometimiento en un contexto en el que el poder pertenecía al experimentador. Han transcurrido más de diez años desde que P. Trivedi y yo proporcionamos una guía sobre cómo modificar la investigación desde una situación en que los individuos eran sujetos pasivos a otra en que se convertían en colaboradores iguales (1). Ciertamente es tiempo de reflexionar en si ha cambiado algo.

Se consideraba que la participación de los usuarios de servicios era útil de diferentes formas. En la investigación de la atención a la salud, ello hace que los resultados sean más relevantes para la población que pretende beneficiar. Por otra parte, en la nueva época de reducción de los recursos de investigación también es probable que ahorre recursos económicos, ya que la investigación que implica que los consumidores formulen las preguntas, y sobre todo cómo se plantean, confiere más validez a la investigación y hace que la ciencia probablemente continúe a un paso más acelerado.

En los últimos diez años, hemos aprendido una lección: llamar a nuestros sujetos «participantes». Sin embargo, ¿Hay algún indicio de que esto haya cambiado las relaciones de poder? ¿Significa algo más que aprendizaje utilizar el término más políticamente correcto y uno resaltado en la mayor parte de las guías de estilo para la publicación de revistas? Al igual que analizar si la denominación realmente ha afectado a la investigación y sobre todo a los investigadores, también investigo si hay datos sobre cómo podría haber afectado a nuestros resultados de investigación.

Aunque el movimiento hacia la investigación más participativa tiene interés para todo mundo, he tomado el Reino Unido como un ejemplo central (y optimista) de cómo pueden cambiar las cosas con apoyo y con pequeñas inversiones financieras. Esto no sólo se debe a mi base de investigación personal, sino también porque hay pocos países que realmente han asumido el rol de investigadores de usuarios de servicios y la participación de usuarios de servicios con la seriedad que el Reino Unido, a juzgar por el número de artículos publicados en la literatura especializada.

TIPOS DE PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN

Si se introduce el término «investigación participativa» en una base de datos como la Web of Knowledge, la búsqueda produce más de 1,8 millones de publicaciones, pero cuando se añade el término «salud mental» se reduce a menos de 400. Así

que, pese a que la salud mental produce un alto grado de morbilidad y que tiene interés para grupos relativamente extensos de investigadores y autoridades sanitarias, el número de artículos sobre el tema es inferior a 0,02% del total que utiliza este método. Así, que es un recurso escaso.

La definición de investigación participativa también representa un problema al analizar la literatura. Muchos artículos en mi búsqueda llamaban a sus métodos investigación de acción participativa. Este método se derivó del trabajo de Arnstein (2) en torno a la regeneración de los barrios pobres, que produjo una «escalera de participación ciudadana». Este es el tipo de investigación participativa en la que la población sugiere una pregunta para investigar que implica conseguir algún cambio y los investigadores proporcionan la experiencia a la población con respecto a cómo dar respuesta a tal interrogante. Sin embargo, el trabajo en investigación en salud mental no siempre es así. Las preguntas en general son planteadas desde una perspectiva científica y a menudo se refieren a la comprensión de un proceso más que a lograr un cambio específico como la meta proximal. Así que se aleja mucho de la investigación de la acción participativa. De hecho, los métodos se parecen corresponder con la variedad de consulta (véase adelante) y no está claro que en realidad cumplan la expectativa de Arnstein para la participación de la población.

He extraído una nueva definición de investigación participativa del trabajo de una organización llamada INVOLVE, que es financiada por el Instituto Nacional de Investigación para la Salud del Reino Unido (NIHR). INVOLVE apoya la participación pública y de los pacientes en la investigación en los servicios de salud nacional, salud pública y trabajo social del Reino Unido (3). Se describieron tres niveles generales de participación en una definición inicial, a saber: consulta, colaboración e investigación controlada por el usuario. Sin embargo, antes que nos metamos en esta nueva escalera, debemos considerar por lo menos el nivel de participación. Esto es cuando un participante sólo proporciona datos a los investigadores. Muchas personas están contentas de llevar a cabo lo que pueden ser tareas prolongadas, aburridas y a veces desagradables para los investigadores en el entendido de que estas tareas darán respuesta a interrogantes y pueden ayudar a otros. En el Reino Unido, el año pasado, más de 40.000 personas estuvieron de acuerdo en participar en estudios con un componente de salud mental y muchos de estos ciudadanos supuestamente acordaron libremente participar. Este nivel de participación también debe lograrse, pues varios estudios indican que estos individuos raras veces descubren lo que podrían ser los resultados en investigación, a menos que sean tan espectaculares que aparezcan en los diarios o en televisión (4). Esta falta de difusión

podría poner en peligro la participación futura y sin duda debe ocupar un lugar importante en el programa de todos los investigadores si queremos incorporar a la siguiente serie de voluntarios dispuestos.

La participación en el nivel 1 en INVOLVE es la *consulta* y muchos estudios llevan a cabo esta tarea. Desde luego es útil, como puede ser que la colaboración en el lenguaje de una hoja de información, la aceptabilidad de un diseño de investigación específico o incluso la interrogante efectiva que se plantea, pueden ayudar a la factibilidad del reclutamiento en el estudio. Lo que también ha enfocado las mentes de muchos investigadores del Reino Unido en esta actividad es que los financiadores ahora a menudo exigen una sección en la propuesta de becas que detalle estas actividades. Sin embargo, la consulta eficaz exige trabajo –sólo puede ocurrir cuando los investigadores proporcionan información clara sobre lo que se planea y también ofrecen opciones y escuchan la opinión (más información), con la posibilidad real de que los investigadores puedan de hecho modificar su investigación. Sin estos componentes, el proceso de consulta es, como lo señala Arnstein, simple formulismo o, utilizando los términos de Trivedi y Wykes (1), «puro palabrerío».

En el siguiente nivel está la *colaboración*, y ésta es mucho más difícil de llevar a cabo pues exige tanto consulta como el establecimiento de una confianza mutua, ya que la colaboración continuará existiendo después que se fundamente la propuesta. Esto significa alentar algunas ideas y opciones adicionales y decidir en conjunto la mejor forma de continuar. De nuevo, la información y el apoyo son decisivos y precisa paciencia por parte de los investigadores para garantizar que haya suficiente tiempo para lograr la confianza y los recursos – incluso los económicos– para alentar a la participación del usuario de servicios.

El nivel final es la *investigación dirigida por el usuario*, cuando se invierte el poder en la relación y los usuarios de servicios de salud mental conciben las ideas de investigación y llevan a cabo la investigación, a veces en consulta con investigadores académicos no usuarios de servicios.

Desde que P. Trivedi y yo escribimos nuestro artículo sobre los temas a considerar al trabajar con usuarios de servicios en investigación, han ocurrido cambios tangibles. En el Reino Unido, ha crecido el apoyo para los usuarios de servicios. Se han requerido tres componentes: a) inversión por el NIHR para obtener el apoyo en un etapa temprana, b) guía clara a los investigadores sobre lo que cabe esperar de la participación del público y los pacientes y c) una comprensión que es una parte significativa del proceso de revisión de becas y que el lego revisor tomar en cuenta. Por ejemplo, una solicitud de beca del NIHR plantea dos cuestiones específicas: cómo han participado los pacientes y el público en la elaboración de la propuesta y cómo participarán en la conducta de la investigación. Sin embargo, lamentablemente no todo el texto proporcionado en las formas es correcto. Un análisis de las propuestas éticas para investigación en los trastornos físicos y mentales indica que a veces los investigadores tienen planes de beca que no se ponen en práctica (5). La buena noticia en salud mental, no obstante, es que la situación es diferente. Una auditoría reciente de estudios en salud mental evaluó minuciosamente los planes de participación a través de entrevistas con usuarios de servicios y con equipos de estudio. Los datos demostraron que por lo

menos en 85% de los estudios se implementaron los planes de participación (6).

¿BUENOS EJEMPLOS DE PARTICIPACIÓN DE USUARIOS DE SERVICIOS?

Claramente, si los investigadores generan preguntas para la investigación, entonces hay escaso espacio para la participación de los usuarios de servicio. Sin embargo, ahora hay ejemplos de cómo las prioridades en investigación se establecen con la participación de todos los interesados potenciales. Algunos integran grupos considerables de usuarios de servicios locales y mediante un proceso de votación y recomendaciones producen una lista de prioridades (7,8). Otros sistemas implican enfoques más colaborativos, como el proceso adoptado por James Lind Alliance y su Base de Datos de Incertidumbres sobre los Efectos de los Tratamientos (DUETS) (véase www.duets.nhs.uk). Esta base de datos contiene listas de preguntas prioritarias planteadas por los interesados (usuarios de servicios, familias y profesionales clínicos). El proceso consiste en identificar prioridades de análisis clínicos y sistemáticos y añadir éstas a las producidas por usuarios de servicios y profesionales clínicos. Luego hay una colaboración para establecer prioridades dirigida por representantes de grupos de pacientes, profesionales clínicos y académicos. Al elaborar las interrogantes a responder en el campo de la esquizofrenia, se identificaron 237 prioridades, que mediante el debate se redujeron a 26 prioritarias (a través de encuestas). El siguiente paso fue una reunión en persona en la que la lista se redujo a 10 prioridades de la forma «¿Cuál es la mejor manera de tratar a las personas con esquizofrenia que no responden al tratamiento?» (9,10). Estas prioridades ahora las están adoptando los financiadores de la investigación (11).

En todo el Reino Unido, el apoyo para la participación del usuario es proporcionado por la Red de Investigación en Salud Mental del NIHR (MHRN). La red se ha enfocado en garantizar que los estudios de investigación de gran calidad estén concebidos mediante el establecimiento de una colaboración similar a la de DUETS. Los protocolos subsiguientes son remitidos para financiación y pueden pasar por una segunda fase de participación en el servicio FAST-R (Factibilidad y Apoyo para el Reclutamiento Oportuno). FAST-R es respaldado por la MHRN y es un servicio de recambio de siete días de un grupo capacitado en protocolos para investigación que también tienen experiencia de dificultades en salud mental. Brindan asesoría sobre el protocolo y sugieren aspectos que podrían ayudar a la incorporación de pacientes. Así que, por ejemplo, como mínimo podrían sugerir alguna fraseología un poco diferente sobre la hoja de información o un cambio en el diseño para hacerlo más aceptable por parte de los usuarios del servicio. La MHRN también proporciona información sobre prácticas satisfactorias para trabajar con usuarios de servicio y cuidadores a través de su página Web (www.mhrn.info).

Además de este apoyo nacional, también hay islas de buena práctica e innovación, y una de tales unidades es la Service User Research Enterprise (SURE) en el Instituto de Psiquiatría de King's College London. Esta unidad fue uno de los primeros usuarios de servicios como investigadores. Fue fundada por

este autor, quien fue el primer director, pero ahora (mostrando su madurez) es codirigida por un investigador usuario de servicio, D. Rose. La investigación en SURE es diferente de la investigación de acción participativa, en la que el investigador no es parte de la población sino actúa por parte de la población en la investigación. En nuestro modelo, los usuarios de servicios tienen las habilidades de un investigador pero, además se consideran parte de la población sujeta a investigación, debido a su categoría como alguien que ha utilizado o está utilizando servicios de salud mental. Además de nuestro enfoque general de utilizar usuarios de servicios SURE también ha creado una serie de métodos participativos diferentes. Comprendemos la necesidad de evidencia de resultados de tratamiento, de manera que contamos con un método para producir análisis sistemáticos que incluyen usuarios de servicios con experiencia del problema bajo investigación y el tratamiento que se está considerando. Nuestra primera revisión sistemática (12) sobre los resultados de la electroterapia convulsiva (ECT) utilizó la literatura especializada, evidencia histórica de biblioteca de medios así como foros en Internet. Fue dirigida por un grupo de individuos que había recibido ECT y dos de los investigadores también habían tenido esta experiencia. Nuestras conclusiones tuvieron una enorme repercusión, debido a los novedosos hallazgos que ayudaron a comprender los efectos sobre la memoria después del tratamiento. También modificó la guía clínica en todo el Reino Unido.

Lo que resultó claro en nuestro análisis de la evidencia sobre la ECT fue que algunos efectos secundarios se habían estado pasando por alto o malinterpretando debido a la falta de evidencia de criterios valorados por el usuario del servicio. Los ensayos se verán afectados si las evaluaciones no son atractivas o son malentendidas por los usuarios de los servicios y no captan la esencia de su experiencia. Abordamos este problema de dos maneras. En primer lugar, los paneles de usuarios de servicio analizaron y priorizaron las variables utilizadas en los ensayos clínicos actuales para garantizar que pudiéramos asesorar a los investigadores sobre cuáles de las difundidas se consideraban atractivas y apreciadas (13). Luego comenzamos a desarrollar métodos de participación de usuarios para crear nuevas variables (14,15).

Menos de un tercio de los ensayos clínicos incorporan al objetivo (16) y una posibilidad para la participación del usuario del servicio es mejorar el éxito en el alistamiento. Este posible efecto tangible podría motivar a los investigadores (y financiadores) para hacer más esfuerzos en lograr la participación del usuario. Investigamos la agenda de estudios de investigación clínica mantenida en la base de datos de MHRN. Descubrimos que ha habido un incremento en la participación de usuarios de servicio en el tiempo en que la base de datos operó (casi ocho años), y hay más estudios en colaboración y recientemente estudios dirigidos por usuarios de servicios. En algunos aspectos diagnósticos claramente es difícil la participación, pero esto se vio limitado a sólo uno o dos campos. Sin embargo, el resultado más sorprendente fue que la participación del usuario de servicio contribuyó a la incorporación satisfactoria en el estudio. Esto ocurrió después de tomar en cuenta al financiador, el grupo de estudio clínico bajo investigación, la complejidad de diseño del estudio, el si tuvo asignación aleatoria, el si contó con un seguimiento planificado y si tuvo intervención (17).

Esto realmente es evidencia tangible de que los investigadores (y los proveedores de fondos) se beneficiarían de una mayor participación.

¿HAY LIMITACIONES PARA LA PARTICIPACIÓN DE USUARIOS DE SERVICIOS?

Hay la tendencia a suponer que los usuarios de servicios necesitan participar sólo cuando la investigación tiene una variable clínica tangible clara, como un tratamiento o un servicio –efectivamente al final de su línea de producción aplicada–. Algunos financiadores en el estudio de Ennis y Wykes (17) no recomiendan la participación del usuario, como el Consejo de Investigación Médica. Su cartera de proyectos consiste en estudios en etapa más temprana, a menudo de prueba de concepto, y podrían argumentar, como otros lo han hecho, que la participación del usuario del servicio es menos necesaria en esta etapa temprana. Sin embargo, los colaboradores y yo hemos señalado que la participación debe comenzar en una etapa temprana incluso al valorar los biomarcadores y es una clave para la aplicación temprana satisfactoria (18). Creemos que el poner a los usuarios de servicio en el centro de la aplicación significa que se pierden menos recursos por decisiones deficientes tomadas en esta fase temprana. En la actualidad, la participación en etapas más avanzadas sólo se considera necesaria en la investigación de fármacos. Como plantea Woolf (19), «el llevar un fármaco a la comercialización sin saber cómo hacerlo llegar a los pacientes socava su propósito más amplio y sólo puede disminuir su utilidad para los inversionistas». Sin embargo, aducimos que el uso eficiente de recursos y la dirección científica sólo pueden mejorarse a través de la participación de usuario del servicio incluso en la etapa de desarrollo del biomarcador (18). Si tenemos la participación con respecto a cuáles efectos secundarios se consideran importantes y utilizamos esto para determinar las fases subsiguientes de la investigación del fármaco, entonces los compuestos podrían ser más aceptables después de llegar a las etapas finales.

¿CUÁL ES EL FUTURO DE LA INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA DEL USUARIO DEL SERVICIO?

Claramente se continuarán desarrollando métodos participativos en ensayos y epidemiología. Con la investigación ciudadana también podríamos llegar a una población más amplia para recopilar datos que brinden información para nuestra ciencia. Por ejemplo, la página web PatientsLikeMe (www.patientslikeme.com) ya aprovecha las perspectivas de los usuarios de servicios para aumentar nuestra comprensión de los efectos secundarios y la utilización y aceptabilidad actual de los tratamientos. Estos datos podrían no sólo utilizarse para la investigación y el desarrollo de tratamientos, sino también para la «aplicación inversa» importante a las fases iniciales para el tratamiento. Una extensión de esto es nuestro nuevo estudio eMPowerment, que permite a los usuarios de servicios tener acceso a sus registros electrónicos de atención. El programa ya se ha implementado con la colaboración completa de los usuarios de servicios. El sistema final recopila

información de hospitales, población y registros de médicos generales y proporciona enlaces útiles a información importante sobre las prestaciones por discapacidad y medicación. Sin embargo, también permite a los usuarios de servicios colaborar con sus propios datos al registro de la atención a la salud mental.

En la actualidad estamos utilizando métodos participativos para desarrollar medidas de efectos secundarios y restablecimiento con el propósito de mejorar nuestras medidas de bienestar y pronto nos abocaremos a otras evaluaciones solicitadas por los usuarios de servicios. Se espera que los datos producidos con tal sistema ayuden a identificar variables clínicas satisfactorias (y deficientes) del tratamiento al igual que de los servicios. Por otra parte, proporcionará datos a gran escala que tienen un considerable potencial de investigación para variables de proceso más sutiles y factores moderadores importantes para definir la medicina estratificada a la que aspiramos.

CONCLUSIONES

En los últimos diez años ha habido un avance cualitativo (por lo menos en el Reino Unido) no sólo en la participación de usuarios de servicios sino también en los métodos participativos disponibles. Hay un apoyo a la investigación para la participación y sé que hay investigadores en Estados Unidos, Canadá y Australia que están interesados en estos avances. Nos gustaría ver muchas más personas pasar del interés a la implementación, pues hemos descubierto ventajas tangibles para los investigadores. Sin embargo, esperamos que cualquier adopción de los métodos aquí descritos obedezca a que existe una creencia genuina en que la participación del usuario es valiosa (20) y no sólo una respuesta a requisitos de organismos proveedores de fondos, aunque por lo menos esto sería un principio.

Agradecimientos

El autor agradece el apoyo del Centro de Investigación Biomédica para la Salud Mental del NIHR de South London and Maudsley NHS Foundation Trust y su Premio del NIHR a Investigador Senior.

Bibliografía

1. Trivedi P, Wykes T. From passive subjects to equal partners – qualitative review of user involvement in research. *Br J Psychiatry* 2002;181:468-72.

2. Arnstein SR. Ladder of citizen participation. *J Am Inst Planners* 1969;35:216-24.
3. INVOLVE. Briefing notes for researchers: public involvement in NHS, public health and social care research. Eastleigh: INVOLVE, 2012.
4. Sweeney A, Beresford P, Faulker A et al. *This is Survivor Research*. Herefordshire: PCCS Books Ltd, 2009.
5. Tarpey M. Public involvement in research applications to the National Research Ethics Service. Eastleigh: INVOLVE, 2011.
6. Staley K. An evaluation of service user involvement in studies adopted by the Mental Health Research Network. London: Mental Health Research Network, 2012.
7. Thornicroft G, Rose D, Huxley P et al. What are the research priorities of service users? *J Ment Health* 2002;11:1-5.
8. Rose D, Fleischman P, Wykes T. What are mental health service users' priorities for research in the UK? *J Ment Health* 2008;17:520-30.
9. Lloyd K, Cella M, Tanenblatt M et al. Analysis of clinical uncertainties by health professionals and patients: an example from mental health. *BMC Med Inform Decis Mak* 2009;9:34.
10. Rapport FL, Jerzembek GS, Doel MA et al. Narrating uncertainties about treatment of mental health conditions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45:371-9.
11. Lloyd K, White J, Chalmers I. Schizophrenia: patients' research priorities get funded. *Nature* 2012;487:432.
12. Rose D, Fleischmann P, Wykes T et al. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ* 2003;326:1363-6.
13. Crawford MJ, Robotham D, Thana L et al. Selecting outcome measures in mental health: the views of service users. *J Ment Health* 2011;20:336-46.
14. Sweeney A, Rose D, Clement S et al. Understanding service user-defined continuity of care and its relationship to health and social measures: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2012;12:145.
15. Evans J, Rose D, Flach C et al. VOICE: developing a new measure of service users' perceptions of inpatient care, using a participatory methodology. *J Ment Health* 2012;21:57-71.
16. McDonald AM, Knight RC, Campbell MK et al. What influences recruitment to randomised controlled trials? A review of trials funded by two UK funding agencies. *Trials* 2006;7:9.
17. Ennis L, Wykes T. Impact of patient involvement in mental health research: longitudinal study. *Br J Psychiatry* 2013;203:381-6.
18. Callard F, Rose D, Wykes T. Close to the bench as well as at the bedside: involving service users in all phases of translational research. *Health Expect* 2012;15:389-400.
19. Woolf SH. The meaning of translational research and why it matters. *JAMA* 2008;299:211-3.
20. Goodare H, Lockwood S. Involving patients in clinical research. *BMJ* 1999;319:724-5.

DOI 10.1002/wps.20086

El modelo RDoC: facilitación de la transición del sistema ICD/DSM a los enfoques dimensionales que integran neurociencia y psicopatología

BRUCE N. CUTHBERT

National Institute of Mental Health, 6001 Executive Blvd., Bethesda, MD 20892-9632, USA

En 2008, el National Institute of Mental Health (NIMH) incluyó en su nuevo Plan Estratégico el siguiente objetivo: «Desarrollar, con fines de investigación, nuevas formas de clasificar los trastornos mentales con base en dimensiones de conducta observable y medidas neurobiológicas». La implementación de este objetivo se denominó el proyecto Criterios de Dominio de Investigación, o RDoC. El RDoC es una iniciativa programática que proveerá fondos para becas, contratos, estudios en fase temprana y actividades similares con el fin de generar estudios para construir una literatura de investigación que brinde información de versiones futuras de nosologías psiquiátricas basadas en neurociencia y ciencia conductual más que en fenomenología descriptiva. El RDoC se aparta notablemente de los procesos del DSM y la ICD, en los cuales las reuniones extensas de grupos de trabajo generan series de diagnósticos finales y finamente elaborados que son modificados en pruebas de campo sólo cuando surgen problemas con la utilidad clínica. En cambio, en congruencia con su procedencia como un sistema experimental, el RDoC proporciona un marco de referencia para llevar a cabo la investigación en términos de dimensiones conductuales basadas en circuitos fundamentales que trascienden las categorías diagnósticas tradicionales. Si bien un objetivo importante del proyecto es validar las dimensiones específicas y su utilidad para el trabajo clínico final, una meta igualmente importante es proporcionar información y experiencia con respecto a cómo concebir e implementar tal enfoque alternativo en prácticas diagnósticas futuras que puedan sacar partido de la genética y la neurociencia al servicio de un tratamiento y una prevención más eficaces. En este artículo se resume la fundamentación del proyecto RDoC, sus características esenciales y los posibles métodos de efectuar la transición desde las categorías de DSM/ICD a diseños dimensionalmente orientados en los estudios de investigación.

Palabras clave: Diagnóstico psiquiátrico; Criterios de Dominio de Investigación; RDoC; NIMH; DSM-5; Investigación aplicada.

(*World Psychiatry* 2013;12:28–35)

Un debate acalorado sobre el diagnóstico psiquiátrico se desató en la víspera de la publicación del DSM-5 tras un *blog* publicado por el Director del National Institute of Mental Health (NIMH), Dr. Thomas Insel, titulado Transformando el diagnóstico (1). En el texto, el Dr. Insel analizó el consenso común entre los investigadores en torno a los problemas del sistema del DSM, es decir, diagnósticos basados en signos y síntomas que tienen una fiabilidad aceptable pero que, según se ha demostrado cada vez más, no representan entidades nosológicas válidas. En cambio, señaló que el NIMH «reorientaría» su investigación alejándola del DSM-5 y acercándola hacia el proyecto Criterios de Dominio de Investigación (RDoC) del NIMH, desarrollado para explorar formas de incorporar métodos tales como genética, neuroimágenes y ciencia cognitiva en futuros esquemas diagnósticos basados en dimensiones conductuales y sistemas neurales. El debate subsiguiente en línea lamentablemente fue mal orientado, por cuando el comentario estaba dirigido a los investigadores (y en concreto, a los posibles colegas revisores de las solicitudes de becas de investigación para el RDoC)

más que a observadores del DSM-5, y el debate se calmó después de un comunicado de prensa conjunto del NIMH y la American Psychiatric Association en se reafirmaron los intereses compartidos de las organizaciones en el diagnóstico psiquiátrico y en el papel importante desempeñado por el DSM en uso clínico (2).

Sin embargo, persistió la significación científica de los debates: el DSM-5 muestra casi ninguna influencia de los avances notables en nuevas tecnologías y conocimientos sustanciales en neurociencia y ciencia conductual desde que se publicó el DSM-IV en 1994, pese a una revisión de la literatura de una década de duración por comités de expertos para la nueva revisión. El Dr. David Kupfer, jefe respetado del proceso de DSM-5 esencialmente estaba en lo correcto al declarar: «el problema que hemos tenido en manejar los datos con que hemos contado los últimos cinco a 10 años desde que iniciamos el proceso de revisión del DSM-5 es la incapacidad de nuestra neurociencia y biología en brindarles el nivel de criterios diagnósticos, un grado de sensibilidad y especificidad que podríamos introducir en el manual diagnóstico» (3). Su comentario plantea la interrogante evidente: ¿qué se está haciendo en

el campo para modificar las direcciones y remediar este problema apremiante?

Los estudiantes de nosología han considerado con cierto detalle las clases de investigación que es necesario llevar a cabo para avanzar hacia concepciones científicamente más informadas del diagnóstico y la etiología. Tomando en cuenta la gama impresionante de disciplinas que tales comentarios representan, hay un notable consenso, como se muestra en la siguiente muestra pequeña de citas «los criterios descriptivos del DSM están concebidos para ser de carácter transicional hasta que la investigación revele trastornos etiológicamente diferentes entre los síndromes actuales» (4, p. 27); «los datos empíricos han sido muy congruentes con la posibilidad de que términos que se suelen utilizar en la investigación clínica, desde neuroticismo y extraversión hasta depresión y trastorno por estrés postraumático, en realidad no representan constructos psicológicos significativos y cohesivos; más bien, representan combinaciones de constructos» (5, p. 281); «un enfoque más potente es trascender el simple reordenamiento de constelaciones de síntomas y configurar cómo se puede reorde-

nar hechos conocidos de los dominios genómico, enviroómico, endofenómico y fenomíco para identificar agrupamientos de entidades etiopatológicamente significativas y empíricamente evaluables y a la vez mantenerse agnósticos a los límites fenotípicos habituales» (6, p. 11); «el campo tendrá que reunir datos de las categorías diagnósticas actuales, enfocarse en comparar trastornos lo mismo que en comparar controles normales y habrá de recopilar y validar datos, de manera que puedan ser ampliamente compartido y cotejados» (7, p. 4). Como organismo con financiamiento nacional encargado de vislumbrar e implementar el futuro, los objetivos del NIMH están muy armonizados con tales visiones.

Estos comentarios certeros lamentablemente omiten un hecho muy inconveniente en las recomendaciones bien razonadas para nuevas direcciones en la investigación: el sistema DSM/ICD se ha convertido en la norma internacional de facto para remitir solicitudes de beca de investigación para los organismos proveedores de fondos tanto privados como públicos, y procesos de revisión conservadores suelen ser muy implacables ante cualquier desviación de la ortodoxia. Por otra parte, el sistema ha funcionado tan bien para fines clínicos, servicios, administrativos y legales que cualesquiera cambios en la actualidad son difíciles debido a los efectos secundarios que los cambios incluso más pequeños en las categorías o criterios pueden tener sobre la elegibilidad para los servicios de salud mental, los pagos de seguros, las tendencias seculares en las tasas de prevalencia, los costos de la atención a la salud, la investigación mediante el empleo de las categorías, etc. Por consiguiente, el éxito del propio sistema se ha convertido en una de las principales barreras para el cambio. En vista de esto, la actividad de investigación se halla ante una paradoja. Para lograr los enfoques nosológicos innovadores en el futuro que se basen en genética, en otros aspectos de la neurobiología y en la ciencia conductual, es necesaria una literatura indispensable que pueda brindar información a estas innovaciones en la clasificación y la medición. Sin embargo, tal literatura de investigación no se puede crear mientras los estudios se lleven a cabo únicamente dentro de las limitaciones de las categorías del sistema ICD/DSM. Esta es la justificación para la creación del proyecto RDoC.

EL PROYECTO RDoC

¿Qué implica el proyecto RDoC? La declaración oficial de la meta del RDoC —«desarrollar con fines de investigación, nuevas formas de clasificar los trastornos mentales...»— podría inferirse que significa que el NIMH ha creado una nueva nosología de hecho y de derecho que ahora está lista para estudios de campo. Esto es engañoso. En realidad, el objetivo del RDoC es fomentar la investigación para validar dimensiones definidas mediante medidas de neurobiología y conductuales que trasciendan las categorías de los trastornos actuales, y que puedan informar a revisiones futuras de nuestros sistemas de diagnóstico. En otras palabras, el objetivo del RDoC es apoyar la investigación hacia un nuevo sistema de clasificación, pero no afirma que es un sistema completo en el momento actual. Por el contrario, el RDoC representa un *marco de referencia* para llevar a cabo la investigación de la psicopatología en formas que divergen notablemente de las normas actuales. El objetivo final es construir una literatura de investigación que refleje los avances en genética, en otros campos de la neurociencia y en la ciencia conductual para obtener un fundamento que permita el diagnóstico de precisión y el tratamiento de los trastornos mentales.

Las solicitudes de investigación para el proyecto RDoC son evaluadas a través de comités que llevan a cabo análisis de expertos y otorgan calificaciones altas a las peticiones que consideran más meritorias. Hasta la fecha, el NIMH se ha basado en una combinación de financiación de estudios complementarios y solicitudes iniciadas por el investigador para apoyar la investigación para el RDoC.

El desarrollo y la organización global del proyecto RDoC se han analizado detalladamente en otra parte (8,9) y no se abordarán aquí con detalle. En suma, se convocó a un grupo de trabajo en el NIMH a principios del 2009 con el propósito de concebir un enfoque para el nuevo sistema. El grupo de trabajo determinó que los cinco dominios principales del funcionamiento servirían como una rúbrica de organización para subclasificar las diversas dimensiones. Los cinco dominios son: sistemas de valencia negativa (es decir, los que responden a situaciones aversivas), sistemas de valencias positivas, sistemas cognitivos,

sistemas para procesos sociales y sistemas de activación/reguladores. Se llevó a cabo un seminario para cada uno de estos cinco dominios con expertos representativos de las áreas básicas y aplicadas. Cada seminario logró tres tareas basadas en la literatura básica y clínica disponible: a) determinar las dimensiones que se incluirían en el dominio, comenzando con una lista de candidatos nominados por el grupo de trabajo de NIMH; b) proporcionar una definición para cada dimensión; y c) para cada dimensión, especificar diversos elementos (según los apoyan datos relevantes) que se podrían utilizar para caracterizar la dimensión en cada una de las diversas Unidades de Análisis (véase adelante). Se incluyeron las dimensiones en la matriz si los miembros del seminario consideraron que cumplían dos criterios estrictos: a) debía haber una evidencia indicativa de la dimensión como una función conductual validada y b) debía haber evidencia de un circuito neural o sistema que desempeñase un papel preponderante en implementar la función.

ESTRUCTURA DE LA MATRIZ DE RDoC

Los principales elementos de este esquema organizativo pueden representarse como una matriz bidimensional (Figura 1, véase también www.nimh.nih.gov/researchpriorities/rdoc/index.shtml). Las diversas dimensiones antes señaladas aparecen en esta matriz. Formalmente se denominan «constructos» para denotar su categoría como conceptos no calculables con base en una serie convergente de datos, cuya significación funcional precisa se modifica a medida que se recopilan cantidades crecientes de datos que aportan información a nuestra comprensión (véase 5). Los constructos se agrupan dentro de los dominios superiores (los «Dominios de Investigación» según se señala antes, lo que refleja relaciones significativas entre los constructos dentro de cada dominio y a la vez proporciona un esquema organizativo heurístico.

Las siete columnas de la matriz representan diversas clases de medición que se podrían utilizar para valorar cada constructo y se denominan «Unidades de Análisis» (también hay una columna para representar diversos paradigmas utilizados para evaluar el constructo). Como se

DOMINIOS/CONSTRUCTOS	UNIDADES DE ANÁLISIS							Paradigmas
	Genes	Moléculas	Células	Circuitos	Fisiología	Conducta	Auto-informes	
Sistemas de valencia negativa								
Amenaza aguda («temor»)								
Amenaza potencial («ansiedad»)								
Amenaza persistente								
Pérdida								
Ninguna recompensa y frustración								
Sistemas de valencia positiva								
Motivación en el enfoque								
Reactividad inicial a la recompensa								
Reactividad sostenida a la recompensa								
Aprendizaje de la recompensa								
Hábito								
Sistemas cognitivos								
Atención								
Percepción								
Memoria de trabajo								
Memoria declarativa								
Conducta del lenguaje								
Control cognitivo (con esfuerzo)								
Sistemas para procesos sociales								
Afiliación/apego								
Comunicación social								
Percepción/comprensión de sí mismo								
Percepción/comprensión de otros								
Sistemas de activación/moduladores								
Activación								
Rítmicos biológicos								
Sueño-vigilia								

Figura 1. Matriz de Criterios de Dominio de Investigación.

señaló antes, los epígrafes para cada celda –según se definen por la intersección de una fila (dimensión) y una columna (Unidad de Análisis)– fueron nominados y evaluados por los participantes en los seminarios. La columna del centro designa la medición de circuitos cerebrales específicos; las tres columnas de la izquierda denotan respectivamente los genes, las moléculas y las células que comprenden los circuitos, en tanto que las columnas de la derecha pueden considerarse como diversos productos (conducta, respuestas fisiológicas, informes verbales o instrumentos llenados por el profesional clínico). Las últimas tres columnas comprenden medidas que se podrían utilizar para valorar signos y síntomas de diversos instrumentos de autonotificación o basados en el entrevistador.

La matriz incluye otras dos dimensiones que son decisivas para la meta del RDoC y que deben considerarse partes integrales de la estructura. Estas dos dimensiones, que a menudo interactúan intensamente, comprenden trayectorias del desarrollo y efectos ambientales (considerados en términos generales). La

mayor parte de las enfermedades mentales ahora se consideran como trastornos del neurodesarrollo y la maduración del sistema nervioso interactúa con una amplia gama de influencias externas que comienzan en la concepción. Se ha realizado considerable investigación a cerca de múltiples factores de riesgo, en campos tan dispares como infecciones prenatales y abuso o negligencia en las primeras etapas de la vida, que pueden constituir un riesgo para trastornos subsiguientes. Sin embargo, los sistemas diagnósticos actuales no necesariamente promueven una descripción integradora de los patrones de desarrollo que de diferente manera puedan conducir a la resistencia a la adversidad o a los trastornos, ni una comprensión precisa de por qué una agresión específica puede originar diferentes trastornos (por ejemplo, el estrés en las primeras etapas de la vida representa un riesgo diverso para depresión, trastorno por estrés postraumático (PTSD) o trastorno límite de la personalidad). Un objetivo importante del RDoC es enfocar la investigación en sistemas relevantes para documentar el despliegue

de trayectorias conforme interactúan con diversos sucesos –no sólo en la infancia, sino también en el curso de la vida–.

Algunos escritores han comentado que el RDoC comprende un enfoque reduccionista que exclusivamente se enfoca en la genética y en los biomarcadores y excluye las influencias sociales (por ejemplo, 10). De hecho, como algunos comentaristas sagaces han observado (por ejemplo, 11) no es este el caso. Hay un importante énfasis en desarrollar una comprensión mecanicista de la manera que factores tales como los sucesos vitales y el entorno social interactúan con el desarrollo para producir una gama de resultados observados.

Según se señaló antes, el RDoC es un modelo que está concebido y que tiene el propósito de fomentar y dar cabida a nuevos hallazgos de investigación en una base continua. ¿Cómo se vislumbra esto, dada la estructura actual de la matriz? Los constructos deben considerarse como dimensiones muy prometedoras que podrían estudiarse dentro del esquema experimental global, según lo evaluaron los participantes en el seminario por su aplicabi-

lidad potencial a diversos problemas clínicos. Así que los constructos actuales representan opciones muy satisfactorias para los investigadores que desean llevar a cabo la investigación sobre temas del RDoC, y como ejemplos para los investigadores interesados en realizar estudios cuyo propósito sea validar un nuevo constructo. El grupo de trabajo del RDoC está comprometido a actualizar la matriz en forma periódica, pero esto en realidad no es necesario, porque los investigadores siempre tienen la libertad de remitir solicitudes de beca para nuevos constructos (o revisiones de los constructos actuales). Como siempre, el mérito de estas nuevas ideas se evalúa a través del sistema de examen por expertos del NIMH/National Institutes of Health (NIH).

PRINCIPALES POSTULADOS DEL RDoC

El RDoC adopta perspectivas muy diferentes en comparación con los sistemas tradicionales al evaluar la psicopatología. Puesto que algunas de las implicaciones son matizadas y sutiles, será útil la descripción detallada adicional con respecto a sus mecánicas.

Una de las controversias con respecto al DSM-5 ha girado en torno al problema de si estos trastornos pueden considerarse cualitativamente diferentes a la normalidad (por ejemplo, 12) o corresponden a un proceso continuo sin una distinción definida entre funcionamiento normal y el trastorno (por ejemplo, 13). La resolución de este debate constante obviamente se informaría de datos relacionados con la distribución global de lo «normal» con respecto al funcionamiento adaptativo, levemente alterado y gravemente alterado. Lamentablemente, ha sido escaso el consenso sobre los dominios del funcionamiento normal en las esferas cognitivas y emocionales, o cómo medirlos. Sin embargo, en las últimas décadas, como resultado de las técnicas cada vez más avanzadas para los análisis estructurales y funcionales de los circuitos del cerebro, y el refinamiento igualmente cada vez mayor de mediciones de la conducta, se han delimitado los principales sistemas del cerebro y se han relacionado con sus productos funcionales. La investigación comparativa ha mitigado implícitamente las perspectivas del excepcionalismo

humano que respaldaron las dicotomías mesencefálicas problemáticas y demostraron la conservación sorprendente de genes, neurotransmisores y funciones conductuales a través de la evolución – incluso en animales de modelo como las moscas de la fruta y el pez cebrado, no digamos especies de mamíferos como los roedores y los primates– (14).

Por mencionar sólo tres ejemplos: a) el «sistema de recompensa» rudimentario identificado por Olds y Milner (15) ha dado lugar a la explicación cada vez más refinada del cuerpo estriado dorsal y ventral y la diferenciación concomitante de las funciones para experimentar recompensa, buscar recompensa, aprender contingencias para la recompensa y crear hábitos (por ejemplo, 16,17); b) las respuestas a la amenaza aguda y la amenaza potencial se han distinguido desde el punto de vista conductual y se han relacionado con circuitos distinguibles junto con componentes que dinámicamente regulan estas respuestas (18,19); y c) sistemas que implementan las operaciones cognitivas de la memoria de trabajo inicialmente supuestas con base en los estudios de la conducta a finales de las décadas de 1960 y 1970 se han caracterizado de manera fiable (20,21). Es importante que se hayan desarrollado muchos paradigmas y puedan proporcionar medidas tanto del desempeño de la conducta como de la actividad cerebral funcional relacionada en una población extensa, proporcionando así algún sentido de la distribución normal de la conducta; desde luego, esta capacidad, a su vez, permite una especificación cuantitativa del grado en el cual diversos aspectos del funcionamiento se desvían de la normalidad. Es importante, que estos nuevos avances no están confinados únicamente a las tareas de laboratorio, sino también a inventarios derivados psicométricamente que se relacionan potentemente con el funcionamiento en el mundo real (por ejemplo, 22).

En términos del sistema RDoC sobrevienen varias consecuencias de estos avances. En primer lugar, el RDoC adopta un enfoque trasladable a los trastornos, conceptuando (para estos fines experimentales) la patología en términos de desviaciones en los sistemas funcionales fundamentales. Aunque la investigación transferible se ha convertido casi en un cliché en la investigación contemporánea, el RDoC marca un cambio sutil

pero significativo en la dirección para la psiquiatría. El enfoque estándar a la enfermedad psiquiátrica ha consistido en definir un trastorno mental (con base en signos y síntomas) y luego buscar una fisiopatología relacionada con tales síntomas. En cambio, el RDoC plantea las siguientes interrogantes: «¿cuál es la distribución normal de un determinado rasgo o característica; cuál es el sistema cerebral que implementa principalmente esta función; y, cómo podemos comprender, a diversos niveles de mecanismo (23), lo que contribuye al aparición de la pérdida de la regulación o la disfunción de estos sistemas a lo largo de las dimensiones normales a anormales?» Esta estrategia tiene ventajas evidentes por lo que respecta a la aplicación de la investigación básica en todos los niveles de análisis a los problemas clínicos, ya que la transferencia es relativamente directa. Por otra parte, puede ser más difícil para los investigadores clínicos, ya que los síntomas que están acostumbrados a estudiar literalmente no aparecen en la matriz del RDoC. Otra repercusión del enfoque aplicado es que el RDoC es agnóstico para las categorías de trastornos actuales. No se pretende «comprender» o «explicar» los trastornos del DSM/ICD en términos de estas funciones; más bien, el objetivo es más simple, buscar una comprensión de cómo estos diversos sistemas pueden llegar a perder su regulación en diversos grados y relacionar tal pérdida de la regulación con los síntomas relevantes.

En un aspecto relacionado, el RDoC incorpora un enfoque dimensional en la psicopatología, al examinar inherentemente, citando el Plan Estratégico del NIMH para el RDoC, «toda la gama de la variación, desde lo normal hasta lo anormal, entre los componentes fundamentales [dimensiones] para mejorar la comprensión de lo que es típico frente a lo que es patológico». De hecho, el modelo intencionalmente omite alguna definición de enfermedad, umbrales de trastorno o umbrales para diversos grados de psicopatología. Dado que estos límites pueden sesgar la forma en que se realiza la investigación (sobre todo dada la inercia de las categorías de trastorno determinadas por la ICD y el DSM), el objetivo es simplemente recopilar datos sobre las dimensiones que apoyen futuras decisiones en este sentido, realizadas con base en datos cuantitativos más que

en el consenso clínico. Además, la disponibilidad de mediciones cuantitativas fiables y válidas podría permitir con el tiempo los ajustes consecutivos a los estudios epidemiológicos de riesgo y desenlaces, como ha ocurrido a menudo a través de los años en campos como el de la hipertensión (24).

Un punto importante en este aspecto es que no se presupone que las relaciones entre las diversas medidas de un constructo específico sean lineales, como se podría dar por sentado en un modelo de gravedad simple. De hecho, la búsqueda de puntos de disyuntiva y funciones no lineales es una razón importante para un enfoque puramente empírico. Un caso de este fenómeno es la curva en forma de U invertida característica que relaciona el despertar y el funcionamiento (25). En otro estudio muy interesante, Tucker et al (26) registraron un potencial relacionado con un fenómeno cortical denominado la negatividad relacionada con error (ERN), que en este caso demostró una mayor respuesta cuando al sujeto se le brindó información en torno a errores relacionados con la tarea. Según se predijo, los pacientes con depresión mostraron ERN mayores que los controles; sin embargo, el hallazgo inesperado fue una relación cuadrática con la gravedad de la depresión, de manera tal que las ERN considerables sólo se observaron en pacientes con puntuaciones de depresión moderada (pero no leve o grave).

Algunos observadores podrían objetar que este énfasis traslativo simplifica en exceso la riqueza de la psicopatología, o que los síntomas psiquiátricos complejos aún no están listos para explicarse de tal manera transferible directa. Por ejemplo, se escuchan comentarios informales en los congresos de que la psicosis es una «caja negra» en el RDoC. La réplica a este punto de vista sostiene que para que el campo alguna vez establezca un sistema diagnóstico basado en la neurociencia, tarde o temprano será esencial explicar síntomas complejos en términos de pérdida de la regulación en las operaciones básicas del cerebro (según se ejemplifica en las citas antes señaladas). Por ejemplo, las alucinaciones se podrían abordar en parte a través de una evaluación de los sistemas que representan la integración de la información perceptual (27), en tanto que las redes que median las funciones que intervienen en el len-

guaje, la memoria de trabajo, la memoria declarativa y el aprendizaje parecerían ser caminos promisorios para el estudio de los delirios (28). La percatación creciente de que algunos grados de fenómenos psicóticos están presentes en la población normal (29), y también en amplias gamas de pacientes psiquiátricos ambulatorios (30), es congruente con un punto de vista de estos síntomas como ordenados en dimensiones en la población y no simplemente una manifestación de alteraciones graves cualitativamente distintas. Por consiguiente, un componente esencial de un sistema de clasificación experimental implica desafiar a los investigadores para que se desvíen de las formas tradicionales de pensar en torno a los trastornos a fin de buscar nuevas ideas experimentales promisorias.

Otra cuestión tiene que ver con la relación de las diversas medidas del RDoC con los signos y síntomas principales, ya que desde luego estos últimos son fenómenos clínicos reales que hacen que los pacientes acudan a atención clínica. El establecer relaciones mecanicistas mediante las cuales las alteraciones del funcionamiento de uno o más constructos (según lo evalúan diversas Unidades de Análisis) origina síntomas o alteraciones especificados, se considera una tarea central para el proyecto RDoC, y un componente importante del programa de financiación de becas. No obstante, el enfoque de la investigación transferible, el proyecto RDoC está mucho más dirigido hacia una comprensión de las alteraciones que los pacientes presentan en sus vidas y esta desiderata fue resaltaada por el grupo de trabajo del RDoC al nominar los constructos.

La inquietud con respecto al ambiente diagnóstico actual no ha sido tanto por los propios síntomas, sino por la forma en que se agrupan en trastornos en el sistema politético del DSM. Sobre todo en la investigación y en el desarrollo del tratamiento (donde la categoría diagnóstica es prominente como una variable independiente o una indicación del tratamiento, respectivamente), los algoritmos politéticos sirven para restar importancia a los síntomas individuales, ya que son importantes sólo en cuanto contribuyen al diagnóstico. Por consiguiente, un proyecto de investigación del RDoC sólido se enfocará en un problema clínico específico que pueda explicarse mejor a través de un diseño de investigación que combine las unidades de análisis

apropiadas para esclarecer los mecanismos de la disfunción.

TRANSICIÓN DE ICD/DMS A RDoC

¿Cómo sería un diseño prototípico según el RDoC? Tal experimento incluiría sujetos con una amplia gama de funcionamiento normal a alterado con respecto a los constructos dimensionales de interés. Aunque muchos estudios utilizarían un muestreo enriquecido de sujetos con niveles evidentes de alteración compatible con los criterios diagnósticos actuales, el enfoque sería exclusivamente en los constructos del RDoC sin recurrir a los diagnósticos de ICD/DSM en el diseño. (Se reconoce que, en el futuro previsible, se necesitarán estos diagnósticos para registros médicos con fines de seguro médico). En el extremo, por ejemplo, se podrían obtener muestras para un estudio de la actividad del circuito de recompensa (como relevante para la anhedonia o la manía) de prácticamente toda la población de adultos que buscan tratamiento –trastornos de la gama del estado de ánimo/ansiedad, trastornos de la gama psicótica, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la personalidad–; para la exploración apropiada de la dimensionalidad, la muestra también incluiría una psicopatología relativamente menor como un diagnóstico de reacción de adaptación así como los individuos que no cumplen los criterios para ningún diagnóstico. Se puede utilizar un enfoque similar para estudiar la función ejecutiva en los niños a través de una gama del espectro del autismo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastornos del estado afectivo o ansiedad (y de nuevo, los que no cumplan los criterios para ningún trastorno).

Existen dos advertencias muy importantes que son necesarias para poner en contexto este tipo de concepción. En primer lugar, están las consideraciones evidentes de los criterios de inclusión y exclusión apropiados. Las exclusiones habituales para trastornos o lesiones neurológicas, discapacidad intelectual, abuso de sustancias extenso en adultos, etcétera, todavía se aplicarían; por otra parte, una táctica para explorar la dimensionalidad es ampliar los criterios de inclusión a los sujetos de control al permitir más psicopatología previa o actual. Tanto para adultos como para niños, también es

decisivo tomar en cuenta las etapas normativas del desarrollo (por ejemplo, desarrollo cognitivo y físico en los niños, lentitud cognitiva a una edad avanzada), dado el énfasis en la medición normativa. En segundo lugar, los estudios de este tipo pueden ser más informativos cuando se aprovecha una base previa de investigación con los constructos y diseños de investigación relevantes, por ejemplo, los estudios que han establecido resultados congruentes para una dimensión de anhedonia en la gama del estado de ánimo/ansiedad tendrán un fundamento mucho más firme para la extensión a los trastornos psicóticos y otros.

Diseños de investigación como los antes señalados (bastante simplificados aquí por brevedad) pueden considerarse la «norma de oro» en términos de ejemplificación en el RDoC de la meta correspondiente en el Plan Estratégico del NIMH. Por consiguiente, un aspecto decisivo del programa del RDoC es ayudar a los investigadores a hacer la transición –tanto conceptual como práctica– desde el sistema ICD/DSM hasta la perspectiva dimensional. Esto ha sido una cuestión de inquietud constante para el grupo de trabajo del NIMH, ya que se ha utilizado el sistema DSM/ICD por tanto tiempo en la investigación y en el ejercicio clínico que se necesita cierta transición para considerar la psicopatología desde otras perspectivas. Estos aspectos dependerían no sólo de acostumbrarse a las significación de los nuevos valores de escalas (por ejemplo, para la anhedonia o la memoria de trabajo), sino también para lograr un «modelo mental» de los pacientes vistos a través de la lente del RDoC. La misma psicopatología estaría presente, desde luego, pero concebida y medida de diferentes maneras.

El enfoque general a esta transición incorporaría diversas combinaciones de constructos de RDoC y categorías del trastorno DSM/ICD en los experimentos. Si bien estos pasos pueden ser útiles en la transición, también hay posibles desventajas. Un problema es la tentación de que las categorías del trastorno permanezcan privilegiadas con respecto con las dimensiones: los investigadores podrían seguir considerando umbrales diagnósticos como puntos de delimitación para la enfermedad por contraposición a la salud, y también continuarían considerando la patología a través de la lente de DSM/ICD más que acostum-

brarse a la idea de los constructos funcionales basados en sistemas neurales. También hay desde luego un posible sesgo en el muestreo predominante de pacientes que cumplen los criterios diagnósticos actuales, en muestras que buscan tratamiento o en otras estrategias de reclutamiento, lo cual haría un cortocircuito en la exploración dimensional. En suma, estos pasos de transición plantean el riesgo de que los investigadores sigan considerando a sus pacientes –tanto desde el punto de vista clínico como en los diseños de investigación– en los términos conocidos del DSM, sin lograr una apreciación suficiente del espíritu de medicina de precisión que el RDoC pretende facilitar. Por estos motivos, los diseños de investigación transferible se consideran mejor como heurísticas temporales para un número limitado de estudios si es que se va a alcanzar el potencial completo del modelo del RDoC.

Con estas advertencias en mente, hay dos enfoques amplios que los investigadores podrían utilizar para los diseños de transición. El primero sería estudios que exploran las dimensiones del RDoC dentro de múltiples grupos diagnósticos. La forma más simple de este tipo especificaría en el diseño dos o tres trastornos del DSM, cada uno reclutado hasta un número suficiente para lograr la potencia estadística aceptable. El análisis luego se realizaría en términos del factor de DSM, la dimensión del RDoC y la interacción. Cuando los números de sujetos son demasiados pequeños para permitir un diseño de interacción, al menos podrían ser lo suficiente considerables para realizar pruebas de los principales efectos diferentes del factor del DSM y las dimensiones del RDoC. Las adiciones importantes a estos diseños incluirían sujetos que contribuyen a explorar una amplia gama de las dimensiones bajo estudio. Como se señaló antes, los grupos de control con criterios de inclusión liberales serían importantes; otros podrían incluir individuos que buscan tratamiento y que simplemente no cumplen los criterios para un diagnóstico según el DSM (por ejemplo, por faltarles un síntoma de la lista política, o forma frustrada), o pacientes con diagnósticos por lo demás no especificados (NOS). Al igual que con todos los estudios basados en el DSM, este tipo de diseños se ven afectados por el problema de cómo dar cabida y analizar números y patrones

variables de diagnóstico concomitantes en el DSM –un obstáculo continuo que ha sido una fundamentación importante para el abordaje del RDoC–.

Un enfoque alternativo, un poco más compatible con un diseño del RDoC, sería incluir sujetos de todos los grupos diagnósticos en uno de los capítulos de la nueva «metaestructura» construida en gran parte en común entre el DSM-5 y la próxima ICD-11, sin dirigirse a un número de sujetos específico para cada categoría. Estos capítulos por lo general incluyen una serie de trastornos cuya gravedad es variable –por ejemplo, el capítulo de la gama de la esquizofrenia contiene el trastorno esquizotípico, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno delirante breve, etcétera. Como se señaló antes, la inclusión de sujetos con alteraciones subsindrómicas o familiares no afectados, además de los grupos de control como los antes descritos, contribuiría a los objetivos dimensionales. Como una ventaja añadida, la inclusión de estos grupos más variados representa potencialmente una producción significativa a la salud pública, por cuanto se trata en pacientes con alteraciones palpables que se suelen excluir de la mayor parte de los estudios de fisiopatología y tratamiento debido a su imposibilidad para ajustarse a uno de los diagnósticos modales. A nuestro entender, no hay estimaciones satisfactorias del porcentaje de pacientes en estos grupos indeterminados, ni estimaciones de la magnitud de la significación en salud pública planteada por los síntomas y las alteraciones. Por último, una serie de estudios ha demostrado alteraciones palpables en diversas tareas de laboratorio en familiares de probandos clínicamente no afectados (por ejemplo, 31). Aunque se han utilizado tales estudios para demostrar el riesgo hereditario, hasta ahora se ha prestado insuficiente atención a cómo tales resultados podrían aportar información para determinar las diferencias fisiopatológicas reales que (según se citó antes) «mejoran la comprensión de lo que es típico frente a lo que es patológico».

Una versión más amplia de esta estrategia de muestreo alternativa incluiría a individuos con diagnósticos primarios de los diferentes capítulos de la metaestructura de ICD/DSM, de nuevo sin limitar a los sujetos a dos o tres categorías especificadas. Tales grupos al principio podrían incluir trastornos de

psicopatología algo equivalente, por ejemplo, de la gama de la esquizofrenia y la gama bipolar o trastornos afectivos unipolares o por ansiedad. Sin embargo, el objetivo no sería distinguir grupos específicos como se suele hacer, sino más bien explorar las dimensiones subyacentes a fin de lograr una comprensión más exhaustiva de los mecanismos patológicos. En este sentido, por ejemplo, Craddock y Owen (32) plantearon un gradiente de patología del neurodesarrollo, que fluctúa de una manera continua que comienza con la discapacidad intelectual y avanza a través del autismo, la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo, el trastorno bipolar y la depresión unipolar. Cada trastorno se considera no como una entidad patológica unitaria, sino más bien como una gama específica dentro del gradiente global. (Cabe hacer notar que, si se seleccionan sujetos de dos gamas adyacentes de un gradiente más grande, prácticamente está garantizado un resultado estadísticamente significativo; desde luego es muy engañoso, en el mejor de los casos, concluir que éstos representan dos entidades patológicas cualitativamente diferentes).

El segundo tipo amplio de diseños transicionales podría simplemente utilizar un solo grupo del sistema ICD/DSM en la forma habitual. Sin embargo, los investigadores propondrían análisis de diversas dimensiones dentro del grupo que podrían proporcionar más información sobre subtipos o rangos a lo largo de dimensiones relevantes que datos de esfuerzos basados en síntomas (por ejemplo, el éxito moderado para comprender o tratar los signos vegetativos o la depresión atípica dentro de la categoría global de depresión unipolar). En la mayoría de los casos, este tipo de diseño tendrá menos potencial relativo a las metas últimas del esquema del RDoC, pues no puede contribuir a una comprensión de los constructos especificados o mecanismos que podrían representar criterios diagnósticos transversales en nosologías futuras. Sin embargo, este enfoque puede representar una forma útil para los investigadores con programas de investigación dirigidos hacia un solo trastorno del sistema ICD/DSM a fin de que inicien la transición hacia el estudio de las dimensiones del RDoC. Para repetir un aspecto ya señalado antes, un componente de tales estudios (como con cualquier diseño en el RDoC) podría útilmente explorar trayec-

torias del desarrollo con el propósito de comprender de qué manera las diferencias individuales en la neuroplasticidad contribuyen con el tiempo a la heterogeneidad de los síntomas principales y la actividad en los sistemas relevantes.

RDoC E INVESTIGACIÓN DEL TRATAMIENTO

Si bien los pasos anteriores se han orientado a la psicopatología, también hay posibilidades a plazo relativamente corto para utilizar conceptos del RDoC en el tratamiento. El elemento común para cualquier ensayo de tratamiento en RDoC exigirá el desarrollo de una serie válida de medidas que de manera fiable puedan distinguir un subtipo específico, o ubicación decisiva a lo largo de una dimensión, para pronosticar los resultados satisfactorios del tratamiento. Como un ejemplo, dada la heterogeneidad bien conocida de las categorías del sistema ICD/DSM, el establecer subtipos de trastornos actuales basados en conceptos mecanicistas puede intensificar la igualdad de los pacientes con los tratamientos. Por ejemplo, el PTSD se suele considerar como un trastorno prototípico del «círculo del temor». Sin embargo, muchos pacientes con PTSD muestran una respuesta afectiva amortiguada a los estímulos afectivos (33), lo cual puede estar relacionado con múltiples traumas o una evolución crónica (34). Por consiguiente, podría preverse que los tratamientos de exposición característicos para el PTSD son eficaces sólo para los pacientes muy reactivos al temor (en los que puede extinguirse el temor), en tanto que diferentes terapias pueden estar indicadas para aquellos con un patrón de respuesta embotado. Las valoraciones apropiadas para medir la respuesta al temor de una manera fiable, idiográfica, para la cual hay múltiples opciones potenciales pero ningún método validado, permitirían una prueba de esta hipótesis —que parece ser aplicable también a otros trastornos por ansiedad— (34).

Asimismo, el desarrollo de nuevos tratamientos puede facilitarse mediante la identificación de subgrupos de pacientes más homogéneos. Como un grupo de científicos de la industria señaló «al aumentar la comprensión mecanicista de la enfermedad y la correspondencia de los tratamientos correctos con los pacientes

correctos, se podría desplazar de un tratamiento inespecífico a uno específico y aumentar el cociente beneficio-riesgo para los pacientes» (35). En otras palabras, nuevos tratamientos que se dirigen a un mecanismo asociado a un síntoma específico pueden tener una baja probabilidad de éxito en un estudio para una indicación en el sistema DSM/ICD, pues el síntoma específico no es compartido por todos los pacientes con el diagnóstico. En cambio, un tema de investigación ejemplar en el RDoC podría incluir una comprensión mejorada de cómo diversos aspectos de los sistemas relacionados con la recompensa se relacionan con la anhedonia clínica (un síntoma de depresión que por sí sólo puede ser un constructo clínico multifacético). Si se desarrollara un nuevo tratamiento de la anhedonia que se dirigiese a un nuevo mecanismo basado en tales avances en la investigación, se pronosticaría que el tratamiento tiene efectos terapéuticos sólo en los pacientes deprimidos con anhedonia, pero debiera ser eficaz en los que tienen otros diagnósticos y manifiestan anhedonia medible. Una vez más, «anhedonia medible» es una frase clave que exige validación previa de procedimientos ampliamente aceptados para este tipo de estudio.

CONCLUSIONES

Como se señaló al inicio, el RDoC es un proyecto de financiación a largo plazo diseñado para aportar información a versiones futuras de sistemas de clasificación. El objetivo es que la investigación se lleve a cabo bajo la tutela del RDoC para hacer una contribución definitiva hacia la medicina de precisión en psiquiatría, a través de la identificación de relaciones entre anomalías en los sistemas neurales fundamentales y alteraciones funcionales e incluyendo notablemente un énfasis en las trayectorias del neurodesarrollo y los factores ambientales.

Tal vez el aspecto más importante sobre el RDoC es que su esencia es proporcionar un marco de referencia amplio para llevar a cabo investigación sobre los trastornos mentales desde una perspectiva enteramente nueva. En este sentido, lo que es más importante sobre el RDoC no es la lista de constructos y la matriz en sí —aunque se han dedicado millares de horas-persona a construir la organización global y sus elementos específicos—

sino la idea de dar libertad a los investigadores para que acometan interrogantes de investigación transferible interesantes impulsados por la neurociencia y la ciencia conductual más que por series limitantes de agrupamientos de síntomas.

La principal noción de la matriz del RDoC es proporcionar guía a los investigadores con respecto a cómo podrían poner en práctica los primeros pasos en el largo y arduo camino que se debe cruzar para llegar a un punto donde las nosologías basadas en la neurociencia sean posibles (y diseños de investigación intermedios como los pasos antes señalados reflejan el hecho de que cabe esperar un periodo de transición). Tal vez los resultados del RDoC podrían evaluarse por el número de programas de investigación que, liberados de las limitaciones de las directrices diagnósticas actuales, superen la matriz del RDoC para desplazarse en direcciones enteramente nuevas que trasciendan la organización de sistema actual. Tal resultado sería un testimonio a la imaginación y la proeza científica de los investigadores clínicos, lo cual desempeñaría el papel más importante en la forma en que la investigación conducida en el espíritu del enfoque del RDoC contribuya al avance de la comprensión y el tratamiento de los trastornos mentales en los próximos años.

Bibliografía

- Insel TR. Transforming diagnosis. www.nimh.nih.gov.
- Insel TR, Lieberman JA. DSM-5 and RDoC: shared interests. www.nimh.nih.gov.
- Belluck P, Carey B. Psychiatry's guide is out of touch with science, experts say. *New York Times*, May 6, 2013. www.nytimes.com.
- Wakefield JC. Are you as smart as a 4th grader? Why the prototype-similarity approach to diagnosis is a step backward for a scientific psychiatry. *World Psychiatry* 2012;11:27-8.
- Smith GT, McCarthy DM, Zapolski TCB. On the value of homogeneous constructs for construct validation, theory testing, and the description of psychopathology. *Psychol Assess* 2009; 21:272-84.
- Keshavan MS, Nasrallah HA, Tandon R. Schizophrenia, "Just the facts" 6. Moving ahead with the schizophrenia concept: from the elephant to the mouse. *Schizophr Res* 2011;127:3-13.
- Kapur S, Phillips AG, Insel TR. Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? *Mol Psychiatry* 2012;17:1174-9.
- Sanislow CA, Pine DS, Quinn KJ et al. Developing constructs for psychopathology research: Research Domain Criteria. *J Abnorm Psychol* 2010;119:631-9.
- Morris SE, Cuthbert BN. Research Domain Criteria: cognitive systems, neural circuits, and dimensions of behavior. *Dialogues Clin Neurosci* 2012;14:29-37.
- McLaren N. Cells, circuits, and syndromes: a critical commentary on the NIMH Research Domain Criteria project. *Ethical Hum Psychol Psychiatry* 2011;13: 229-36.
- Bolton D. Should mental disorders be regarded as brain disorders? 21st century mental health sciences and implications for research and training. *World Psychiatry* 2013;12:24-5.
- Wakefield JC. The perils of dimensionalization: challenges in distinguishing negative traits from personality disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2008;31: 379-93.
- Krueger RF, Eaton NR. Personality traits and the classification of mental disorders: toward a more complete integration in DSM-V and an empirical model of psychopathology. *Pers Disord Theory Res Treat* 2010;1:97-118.
- Razafsha M, Behforuzi H, Harati H et al. An updated overview of animal models in neuropsychiatry. *Neuroscience* 2013; 240:204-18.
- Olds J, Milner P. Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *J Comp Physiol Psychol* 1954;47:419-27.
- Berridge KC. Food reward: brain substrates of wanting and liking. *Neurosci Biobehav* 1995;20:1-25.
- Treadway MT, Zald DH. Reconsidering anhedonia in depression: lessons from translational neuroscience. *Neurosci Biobehav Rev* 2011;35:537-55.
- Davis M. Neural systems involved in fear and anxiety measured with fear-potentiated startle. *Am Psychol* 2006;61:741-56.
- Ochsner KN, Silvers JA, Buhle JT. Functional imaging studies of emotion regulation: a synthetic review and evolving model of the cognitive control of emotion. *Ann NY Acad Sci* 2012;1251:E1-24.
- Baddeley AD, Hitch G. Working memory. In: Bower GH (ed). *Recent advances in learning and motivation*, Vol. 8. New York: Academic Press, 1974:47-89.
- Barch DM, Smith E. The cognitive neuroscience of working memory: relevance to CNTRICS and schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2008;64:11-7.
- Patrick CJ, Venables NC, Yancey JR et al. A construct-network approach to bridging diagnostic and physiological domains: application to assessment of externalizing psychopathology. *J Abnorm Psychol* 2013;122:902-16.
- Bechtel W. Reducing psychology while maintaining its autonomy via mechanistic explanations. In: Schouton M, de Jong HL (eds). *The matter of mind: philosophical essays of psychology, neuroscience, and reduction*. Malden: Blackwell, 2007:172-98.
- Kotchen TE. Historical trends and milestones in hypertension research: a model of the process of translational research. *Hypertension* 2011;58:522-38.
- Mattay VS, Goldberg TE, Fera F et al. Catechol O-methyltransferase val158met genotype and individual variation in the brain response to amphetamine. *Proc Natl Acad Sci USA* 2003;100:6186-91.
- Tucker DM, Luu P, Frishkoss G et al. Frontolimbic response to negative feedback in clinical depression. *J Abnorm Psychol* 2003;112:667-78.
- Ford JM, Dierks T, Fisher DJ et al. Neurophysiological studies of auditory verbal hallucinations. *Schizophr Bull* 2012;38: 715-23.
- Tamminga CA, Stan AD, Wagner AD. The hippocampal formation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2010;167:1178-93.
- Verdoux H, van Os J. Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophr Res* 2002; 54:59-65.
- Gaudiano BA, Zimmerman M. Prevalence of attenuated psychotic symptoms and their relationship with DSM-IV diagnoses in a general psychiatric outpatient clinic. *J Clin Psychiatry* 2013;74:149-57.
- Snitz BE, MacDonald AW III, Carter CS. Cognitive deficits in unaffected first-degree relatives of schizophrenia patients: a meta-analytic review of putative endophenotypes. *Schizophr Bull* 2006;32: 179-94.
- Craddock N, Owen MJ. The Kraepelinian dichotomy – going, going. . . but still not gone. *Br J Psychiatry* 2010;196:92-5.
- Lanius R, Bluhm R. A review of neuroimaging studies in PTSD: heterogeneity of response to symptom provocation. *J Psychiatr Res* 2006;40:709-29.
- McTeague LM, Lang PJ. The anxiety spectrum and the reflex physiology of defense: from circumscribed fear to broad distress. *Depress Anxiety* 2012;29: 264-81.
- Wong EH, Yocca F, Smith MA et al. Challenges and opportunities for drug discovery in psychiatric disorders: the drug hunters' perspective. *Int J Neuropsychopharmacol* 2010;13:1269-84.

DOI 10.1002/wps.20087

Retorno del RDoC

DANIEL R. WEINBERGER¹
TERRY E. GOLDBERG²

¹Lieber Institute for Brain Development; Departments of Psychiatry, Neurology, Neuroscience and Institute of Genetic Medicine, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD 21230, USA; ²Department of Psychiatry and Behavioral Science, Hofstra North Shore - LIJ School of Medicine, Manhasset, NY 11030, USA

Estamos muy contentos de participar en el debate en torno al programa RDoC ya que nos sentimos en cierta forma responsables de su nacimiento. De hecho, la noción explicada con detalle en RDoC para aportar información a «versiones futuras de nosologías psiquiátricas basadas en la neurociencia y la ciencia de la conducta más que en la fenomenología descriptiva» al proporcionar «un modelo para realizar investigación en términos de dimensiones de la conducta basadas en circuitos fundamentales que trascienden las categorías diagnósticas tradicionales» (1), es un resultado directo de estudios que comenzaron en la rama de Trastornos Cerebrales Clínicos del Programa Investigación Intramural del National Institute for Mental Health (NIMH) en St. Elizabeth's Hospital a principios de la década de 1980.

Esta serie de trabajos condujeron a la creación del programa Genes, Cognición y Psicosis, un programa de investigación interdisciplinaria que en su título reconoció que la biología de la psicopatología no está vinculada a la nomenclatura diagnóstica. El trabajo de este programa para identificar mecanismos cerebrales por los cuales factores de riesgo influyeron en la susceptibilidad biológica fue un fundamento del Plan Estratégico iniciado por el NIMH en 2008 y en el cual se presentó el plan del RDoC.

Dada nuestra experiencia con el trabajo que forma tanto de la fundamentación del RDoC debiéramos estar entusiasmados. Así que, ¿por qué no?

De hecho, el debate entre los «agrupadores» y «separadores», sea en los dominios en la psicopatología descriptiva o en las mediciones mediante imágenes del cerebro o en genética, ha existido literalmente durante más de un siglo en

psiquiatría. El proyecto RDoC sostiene ser una nueva y aclaradora forma de separar y luego agrupar, pues aduce que la neurociencia y la genética de los trastornos psiquiátricos abre nuevas paletas para tal avance. Esto suena realmente bien, pero, parafraseando un anuncio publicitario popular sobre una cerveza en Estados Unidos, ¿sabe muy bien?

Vemos las principales inquietudes en torno a la mentalidad del RDoC no con sus fundamentos conceptuales, sino con su apoyo en la supuesta validez de las dimensiones conductuales, funcionales, neurales y genéticas como fundamentales para una revisión de la nomenclatura psiquiátrica. En última instancia, toda revisión del diagnóstico psiquiátrico, que es claramente la meta del RDoC, debe ser mejor que el sistema existente, mejor en el sentido de lo que representa el diagnóstico. El diagnóstico es principalmente un instrumento utilizado por profesionales clínicos para dos fines principales: pronosticar la evolución natural de una enfermedad y predecir el tratamiento más apropiado. Esta será la norma también para el RDoC, si se llega a cumplir su meta a largo plazo de reemplazar las prácticas diagnósticas existentes.

Las dimensiones de la conducta incluso claras e importantes y sus apuntes basados en la recompensa pueden tener complejidades inesperadas cuando se ven a través de la lente del RDoC. En un estudio incisivo y elegante, Gold et al (2) demostraron que los síntomas negativos en la esquizofrenia se relacionaban con una sobreestimación del costo (o esfuerzo) implícito en lograr un resultado. Fácilmente se podría considerar esto como una métrica o dimensión, indicativa «de grados» de síntomas negativos. Se puede uno imaginar estudios de neuroimágenes refinados de estimación del esfuerzo que muestran una intervención variable de la función prefrontal, insular y estriatal.

La recomendación de Cuthbert de que un buen estudio de investigación sería explorar tales dimensiones del sistema conductual y neural a través de los actuales grupos diagnósticos y en sujetos

sin diagnóstico psiquiátrico plantea un enigma abrumador. Por ejemplo, «el sobrestimar el costo (o esfuerzo) implícito en lograr un resultado» también parece ser una definición operacional adecuada de pereza, según la utiliza el lego. Una cuestión importante es si ésta o cualquiera de las dimensiones de RDoC tienen el mismo significado cuando se asocian a la esquizofrenia en cuanto esquizofrenia, o si se observan a través de otros diagnósticos y en una gama de individuos por lo demás normales aunque perezosos. Por otra parte, ¿se relacionarían los sistemas neurales y la genómica con esta serie de conductas de igual manera en todos los casos? Varios estudios recientes se enfocan en esta cuestión. Señalan, por ejemplo, que los mecanismos de las alucinaciones auditivas en individuos por lo demás saludablemente funcionales (los llamados «escuchadores de voces») pueden ser diferentes a los mecanismos asociados a tales síntomas en la esquizofrenia (3).

Se ha vuelto cada vez más popular creer que patrones similares de actividad cerebral en pacientes con enfermedades psiquiátricas y en algunas muestras de investigación no psiquiátricas subyacen a las dimensiones de la psicopatología de tipo RDoC. Estos estudios están basados en protocolos específicos que desencadenan respuestas fisiológicas críticamente dependientes del contexto. Es un dicho antiguo en el léxico de la investigación de neuroimágenes funcionales que los datos de neuroimágenes funcionales reflejan lo que el cerebro está haciendo durante el protocolo de la obtención de la imagen, pero el reto para el investigador es descifrar lo que realmente está haciendo el cerebro. El significado de este hecho es que los patrones de activación de los sistemas funcionales del cerebro durante un experimento con imágenes no necesariamente reflejan un estado cerebral específico o incluso definible. Una ilustración clara de esto es la fascinación actual por el llamado experimento de imágenes de resonancia magnética funcional (fMRI) en estado de reposo, en el que a los sujetos, incluidas diversas muestras de pacientes psiquiá-

tricos, se les permite acostarse en un ambiente confinado y ruidoso del aparato de resonancia magnética durante 5 a 10 minutos sin hacer nada. Se dice que este es un estado de reposo o no estimulado y el patrón de actividad suele observarse en los sujetos normales después que se han acostumbrado al entorno del aparato de resonancia se denomina la «red por defecto». Parte de lo atractivo de este paradigma es que es fácil de hacer y fácil de descubrir diferencias entre muestras de pacientes y testigos.

Se ha observado que pacientes con diversos diagnósticos psiquiátricos tienen desviaciones del patrón por defecto y a menudo se afirma que muestran una deficiencia o anomalía de la red por defecto ya que esto es una especie de defecto neural. Desde luego, la activación relativa o la falta de la misma de la red por defecto es una dimensión supuestamente vinculada a un circuito neural. ¿Imaginamos cuáles pacientes con diagnóstico actual de esquizofrenia, o niños con autismo, o pacientes con enfermedad de Alzheimer, todos los cuales pueden mostrar patrones similares de desviaciones de la red por defecto, comparten alguna alteración patológica en esta dimensión? ¿Suena bien, pero sabe muy bien? De hecho, es muy poco plausible que los pacientes con esquizofrenia o con autismo experimentaran el entorno de la resonancia magnética de manera análoga a un voluntario sano remunerado y es improbable que cada uno experimente lo mismo, cualquiera de las dos cosas. Las formas diferentes en las cuales son susceptibles de pensar y sentir en torno al ruido y el confinamiento interferirán en el llamado sistema por defecto, produciendo un grado de anomalía potencialmente similar en esta dimensión, pero basado en motivos disímiles.

El enfoque actual en la casuística está enraizado en muchas décadas de observación clínica y descripción detallada de la evolución clínica y la historia natural, y muchos debates académicos en torno a cómo representar mejor la realidad clínica. Esta historia rica también ha sido testigo de muchos movimientos ilustrados autoproclamados para el cambio del esquema. Ante la falta de hallazgos patognomónicos, el diagnóstico es impreciso y multidimensional, al igual que en otros campos de la medicina. Es atractiva la idea de que el RDoC es una huella digital para la investigación que

pretende llenar este panorama multidimensional. Sin embargo, como un enfoque para finalmente revisar el concepto de la casuística, tiene una tarea mucho más difícil.

Uno de los componentes más importantes de todo esquema diagnóstico que notoriamente está ausente en la matriz en la fenomenología del RDoC es la dimensión del tiempo. El DSM-5 considera el tiempo como un aspecto esencial de casi todas las categorías diagnósticas. En neurología, se dice que el tiempo es el mejor diagnosticador. Los profesionales clínicos psiquiatras eficientes saben que la fenomenología transversal es problemática, y lo que parece un trastorno obsesivo-compulsivo hoy día, el día de mañana puede convertirse en una psicosis. Lo que parece esquizofrenia en una primera etapa de la evolución de un paciente resulta ser un trastorno bipolar en una etapa subsiguiente. Si estos ejemplos se han tratado basándose en las dimensiones del RDoC, el resultado podría no ser óptimo, por lo menos. De hecho, en el grado en que hay una implicación fenomenológica y tal vez genética en lo que llamamos esquizofrenia y lo que llamamos trastorno bipolar, y los pacientes de estas categorías compartirán muchas dimensiones del RDoC, es indiscutible que para algunos pacientes con el último diagnóstico el litio es tan milagroso como cualquier tratamiento en psiquiatría, y sin embargo carece por completo de efectos antipsicóticos en pacientes con el primer diagnóstico.

Hay evidencia satisfactoria de que el diagnóstico en sí es un constructo social y depende de en qué parte de un proceso continuo se puede establecer un umbral relativamente arbitrario de casuística (4). El sistema del DSM siempre ha reconocido que el tener síntomas no es suficiente para un diagnóstico clínico. Debe haber también una discapacidad. La enfermedad y la discapacidad o la afectación funcional son conceptos inseparables. Independiente de la fenomenología de moda, enfermedad significa discapacidad.

Incluso entre la alteración cognitiva leve y la enfermedad de Alzheimer hay una zona gris. Una forma no sesgada de analizar los síntomas, la cognición, etcétera, que conlleva dimensiones sin umbral, se ha considerado como una alternativa válida. Sin embargo, esto no explica las diferencias notables en los

extremos graves de la gama que puede abarcar múltiples dimensiones y la posibilidad de que la neurobiología de la «enfermedad» se pueda acelerar.

Es evidente que el diagnóstico psiquiátrico es imperfecto, subjetivo y no está basado en la fisiopatología o en la relación de causa y efecto y el campo está esperando ávidamente un futuro en el que esto sea diferente. Los psiquiatras atienden a pacientes de la vida real con problemas de la vida real y a sus decisiones no aportan fácilmente información los paradigmas rarificados de la resonancia magnética funcional y las asociaciones genéticas débiles. Utilizan el diagnóstico para ayudarlos a organizar el panorama clínico complejo.

La mayoría de los profesionales clínicos saben que los diagnósticos que aplican son aproximaciones, que hacen referencia a síndromes no diferentes de entidades patológicas, y que no expresan límites distintivos. Comprenden que nuestros diagnósticos son constructos y que los pacientes no tienen esquizofrenia o trastorno bipolar en sí; se les establece estos diagnósticos. Estas realidades parecen haber sorprendido a investigadores, muchos de los cuales lamentablemente saben sobre las enfermedades psiquiátricas sólo por lo que leen en la literatura o en las pantallas de su computadora.

Nuestro enfoque actual en el diagnóstico psiquiátrico es el resultado de muchas décadas de experiencia clínica profunda y debate académico. Tan imperfecto como pueda ser, es una herramienta práctica y clínicamente útil que ha ayudado a transformar la psiquiatría desde la clasificación subjetiva e impresionista de síndromes clínicos hasta las definiciones más objetivas, diagnósticamente fiables. La especialidad mejoraría en algo grado con un mejor sistema, lo mismo que muchos otros campos de la medicina. Sin embargo, la adopción de una fenomenología alternativa debe considerarse con cautela y debe ser resultado de algo mejor que lo que tenemos. Eso significa que sea clínicamente más valiosa para los médicos y para los pacientes.

Sospechamos que el RDoC será liberador para algunos investigadores, pues los alentará a desplazarse más allá del diagnóstico actual al concebir proyectos de investigación clínica. ¿Precisa esto una iniciativa importante del NIMH que

coapte el proceso de examen de becas y tiene la consecuencia no intencionada de realmente reducir la creatividad precisamente por su propia exigencia y también de potencialmente minar el ejercicio clínico? Se podría esperar que los investigadores y los profesionales clínicos por igual continúen pensando al margen de lo establecido y que estén explorando nuevas formas de resolver problemas antiguos sin que el NIMH les diga que no lo están haciendo.

Bibliografía

1. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014;13:28-35.
2. Gold JM, Strauss GP, Waltz JA et al. Negative symptoms of schizophrenia are associated with abnormal effort-cost computations. *Biol Psychiatry* 2013;74:130-6.
3. David AS. Why we need more debate on whether psychotic symptoms lie on a

continuum with normality. *PsycholMed* 2010;40:1935-42.

4. Gomar JJ, Bobes-Bascaran MT, Conejero-Goldberg C et al. Utility of combinations of biomarkers, cognitive markers, and risk factors to predict conversion from mild cognitive impairment to Alzheimer disease in patients in the Alzheimer's disease neuroimaging initiative. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68:961-9.

DOI 10.1002/wps.20096

La pesadilla de Wittgenstein: por qué la matriz del RDoC necesita una dimensión conceptual

JEROME C. WAKEFIELD

School of Social Work and Department of Psychiatry, New York University, New York, NY 10003, USA

El RDoC intenta refinar un dilema existencial que afronta la psiquiatría: la psiquiatría es muy persuasivamente un campo de la medicina si los trastornos mentales se comprenden como trastornos del cerebro, pero los trastornos del cerebro parecen corresponder a la neurología. El RDoC trata de resolver este dilema distinguiendo las disfunciones de circuitos cerebrales como el dominio distintivo de la psiquiatría: «el modelo del RDoC conceptúa las enfermedades mentales como trastornos del cerebro; en contraste con los trastornos neurológicos que tienen lesiones identificables, los trastornos mentales se pueden abordar como trastornos de los circuitos cerebrales» (1). El RDoC además sitúa la función de circuitos cerebrales dentro de una matriz de niveles analíticos y de desarrollo y dimensiones que en conjunto se supone reemplazan a las categorías del DSM y la ICD con diagnósticos más válidos.

Es famoso el decir de Wittgenstein: «en psicología existen métodos experimentales y *confusión conceptual*... La existencia del método experimental nos hace pensar que tenemos los medios para resolver los problemas que nos preocupan; aunque el problema y el método se pasan entre sí» (2). El RDoC es una expresión paradigmática para las inquietudes de Wittgenstein. Une un programa de investigación empírica ambicioso a un modelo conceptual tan débil que es difícil vislumbrar el éxito. Considero a

continuación algunos de los retos conceptuales evidentes del RDoC.

El RDoC adopta la validez del constructo de circuitos cerebrales sin abordar la validez conceptual y, por tanto, interpreta mal la relación entre sí mismo y el sistema DSM/ICD. El RDoC ve las deficiencias del sistema DSM/ICD por lo que respecta a validez de constructo (es decir, cada diagnóstico identifica una categoría etiológica), pero no aprecia el papel esencial del sistema DSM/ICD en la legitimidad psiquiátrica. El sistema DSM/ICD identifica estados que, a juzgar por los síntomas manifiestos, contexto y conocimiento de fondo del funcionamiento normal, quedan bajo el concepto de trastorno. El distinguir correctamente entre trastorno y normalidad es lo que he designado validez conceptual. La validez conceptual es independiente de la validez de constructo: una categoría de trastorno del sistema DSM/ICD puede abarcar 10 trastornos diferentes y por tanto carecer de validez de constructo, pero ser conceptualmente válida si abarca sólo trastornos, y puede tener validez de constructo pero identificar un estado que no es trastorno y por tanto ser conceptualmente inválida. La mayor parte de las críticas al DSM-5 fueron acusaciones de invalidez conceptual, que los criterios abarcaban variaciones normales. Cualesquiera que sean sus errores, el sistema DSM/ICD sigue siendo una tentativa por delimitar el dominio de los estados psicológicos que quedan bajo el concepto de trastorno. El RDoC no ofrece nada por reemplazar los esfuerzos del DSM/ICD para delimitar el dominio de los trastornos y proporcionar una diana

hacia la cual se pueda dirigir la validación de constructo. El sistema DSM/ICD proporciona la única guía reflexiva a cuáles trastornos el RDoC debe explicar en términos de circuitos disfuncionales.

El RDoC presta atención inadecuada al contexto. La matriz del RDoC comprende influencias ambientales, pero con esto el RDoC quiere decir factores de riesgo ambientales como traumatismos en etapa temprana o alteraciones en las relaciones de apego que influyen en la trayectoria del desarrollo del trastorno. En ninguna parte de la matriz del RDoC hay un reconocimiento adecuado de que los mecanismos psicológicos están biológicamente concebidos para responder de manera sensible al contexto social y ambiental. Ningún esquema diagnóstico puede ser válido sin construir amplias referencias contextuales en criterios diagnósticos como lo hace el DSM (3).

El RDoC es confuso sobre cuál de los dos significados de «etiología» es pertinente para el diagnóstico del trastorno. En última instancia, la etiología individualiza trastornos. Es por esto que cuando se descubren múltiples causas en entidades diagnósticas previamente unificadas, se dividen en varios trastornos, como en los avances recientes relativos al cáncer de mama. Sin embargo, ¿qué es una etiología? En el contexto de trastorno mental, «etiología» es algo ambiguo, y tiene un significado más amplio y más reducido (4). En el sentido amplio «etiología» alude a una historia causal por la cual surge un trastorno. Tales historias causales pueden abarcar cualquier cosa que origine el trastorno, por ejemplo, factores de riesgo, sucesos ambientales,

variaciones genéticas comunes y otros factores que por sí solos no son alteraciones pero que representan parte de la vía que conduce al trastorno. Como se indicó en su matriz, el RDoC estudia toda la trayectoria del desarrollo que da lugar al trastorno, adoptando lo que he llamado enfoque de «fregadero de cocina» propuesto por algunos teóricos antiesencialistas (5,6). Por consiguiente, el diagnóstico incluye toda la historia de los factores de riesgo contribuyentes que produjeron el trastorno dentro del diagnóstico omnibus. El problema es que la mayor parte de estos factores son perfectamente normales. El introducirlos en el diagnóstico no corresponde a cómo pensamos en torno al trastorno como una disfunción nociva (7), y por lo general es tan diagnósticamente informativo como considerar la «gravedad» al tratar de explicar un accidente aéreo. El diagnóstico se ocupa de la etiología en un sentido más reducido: entre la infinidad de factores causales, ¿qué fue lo que exactamente salió mal? Es decir, ¿cuál es la disfunción actual que es la causa de los síntomas? La etiología amplia es útil para prevenir pero por lo general no para diagnosticar o tratar. Se puede contraer cólera del agua contaminada, pero una vez que se adquiere cólera, el diagnóstico y el tratamiento implican identificar y eliminar el microorganismo infeccioso; el suministro de agua sigue siendo relevante sólo por lo que respecta a la prevención de la reinfección futura.

Énfasis inadecuado en la centralidad de la significación y la experiencia consciente. Aun cuando la investigación demostrase que el excepcionalismo humano es un error, el sistema de significación humano sigue siendo una entidad singularmente compleja. No obstante, la significación, la experiencia subjetiva y la representación mental están minimizadas por el RDoC, excepto por su entrada en el dominio «cognitivo» lo que, dado el énfasis en los circuitos, parece un poco de fachada. Pero las significaciones son reales y su funcionamiento es parte de nuestro diseño biológico. No hay nada menos médico acerca de lidiar con la alteración del procesamiento de la significación. Lo que vuelve muy problemática la omisión del RDoC es la inestabilidad de la conducta ante pequeñas perturbaciones del sistema de significación. Los circuitos del propio deseo sexual pueden estar muy activados, pero sólo

una creencia adicional, como «esto está mal pues estoy casado» o «puede tener una enfermedad venérea», puede superar a esos circuitos y modificar la propia conducta. Las «virtudes» tradicionales eran simplemente tales capacidades para superar las tendencias biológicas naturales basadas en creencias sobre lo que es correcto. Tal vez todos estos fenómenos tienen que ver con un circuito activado que supere a los otros. Sin embargo, estamos muy lejos de saber cómo identificar y valorar el poder de las creencias individuales a nivel cerebral que interactúan con las activaciones de circuitos normales. Esto impone límites con respecto a cuán predictivo puede ser el RDoC.

Confundir la activación de circuito superior con trastorno. Es muy perniciosa la vaga noción de que el trastorno simplemente es una activación de un circuito superior. Toda persona que se haya sentido aterrada ante el peligro inminente o que haya experimentado un orgasmo sabe que esto no es correcto. Se podría objetar que el RDoC considera como trastornada la activación superior atípica o alteradora. Sin embargo, dependiendo de cómo se seleccionen las propias dimensiones, se puede hacer cualquier cosa atípica. Es estadísticamente típico dormir, pero la activación del circuito durante el sueño se desvía mucho del estado de circuito normativo durante la vigilia, y produce muchas alteraciones sociales. Ninguna celda del RDoC dirá que el sueño es un estado biológicamente concebido no un trastorno. Para esto se necesita una dimensión evolutiva, la cual falta en el RDoC. ¿Está el niño con movimiento nervioso que altera su entorno social y que tiene dificultades para sus tareas escolares sufriendo de una disfunción de mecanismos de la atención o es un niño normal pero con mucha energía en un entorno escolar moderno muy limitante? De una u otra manera, el cerebro y la conducta del niño nervioso se verán diferentes de los de otros niños. El evaluar estas hipótesis alternativas precisa una comprensión del concepto de trastorno más allá de la activación cerebral alterada estadísticamente desviada.

Los umbrales de trastorno válidos pueden no surgir del empirismo dimensional solo del RDoC. El RDoC cita los ejemplos normales de la hipertensión y la hipercolesterolemia para demostrar que las dimensiones representan un enfoque médico científico. De hecho, existen con-

troveras con respecto a su estado de trastorno por contraposición a factor de riesgo, y la gran mayoría de los trastornos médicos son categóricos. La noción de que la validez conceptual surgirá del empirismo nos recuerda el señalamiento de D. Regier en el sentido de que el DSM-5 dimensionaría la gravedad y luego surgirían umbrales conceptualmente válidos. Tal estrategia está plagada de varios problemas. En primer lugar, la gravedad no siempre es prueba de trastorno (dolor del parto, analfabetismo y duelo normal son más graves que el dolor artrítico, la dislexia leve y el trastorno depresivo mayor, respectivamente, pero los primeros son normales y los últimos son trastornos). En segundo lugar, el punto en el cual una característica dimensional se convierte en trastorno no siempre emerge como una discontinuidad literal, sino más bien puede exigir teoría para identificar un límite conceptual subyacente.

El RDoC reorganiza el diagnóstico de acuerdo con factores de riesgo compartidos, pero el riesgo de trastorno no es un trastorno. El compartir factores de riesgo no necesariamente significa que los trastornos sean el mismo (aunque a veces podrían serlo). Por ejemplo, el hecho de que las personas con una gran carga genética para el neuroticismo tengan más riesgo de presentar tanto depresión mayor como trastorno por ansiedad generalizada (8) no significa que los que tengan dos trastornos tengan el mismo. Pueden conllevar disfunciones muy divergentes, ambas vueltas más factibles por el factor de riesgo genético común. Esto debiera ser evidente en el dominio del trastorno físico: el hecho de que el tabaquismo sea un factor de riesgo tanto para cáncer como para enfermedades cardiovasculares no significa que sean los mismos o incluso similares trastornos.

El DSM-5 demostró cómo los esfuerzos bien intencionados pueden por desgracia salir mal si hay errores conceptuales. Curiosamente, el RDoC parece estar repitiendo el error del DSM-5. Los presidentes de la comisión del DSM-5 rechazaron una propuesta para que un comité conceptual aclarara sus posiciones conceptuales y resolviera disputas conceptuales (9). Las objeciones subsiguientes al DSM-5 fueron principalmente conceptuales.

Todos los procesos mentales ocurren en el tejido cerebral y, por tanto, los trastornos mentales deben ser trastornos del cerebro, se nos afirma repetidamente. La

analogía con el software/hardware de una computadora (el software funciona en el hardware, pero no todo software que funciona mal es un funcionamiento anormal del hardware) indica que la inferencia es válida. Sin embargo, aun aceptando la inferencia, existe el hecho de que todos los procesos psicológicos normales igualmente ocurren en tejido cerebral. Por consiguiente el estudio del cerebro no evade el problema conceptual de distinguir el trastorno de la normalidad, sólo desplaza el problema hacia adentro. El RDoC carece de algún componente conceptual serio que pueda efectivamente conectar su ambicioso empirismo con los problemas conceptuales del diagnóstico que trata de resolver.

Bibliografía

1. Insel T, Cuthbert B, Garvey M et al. Research Domain Criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry* 2010; 167:748-51.
2. Wittgenstein L. *Philosophical investigations*. Oxford: Blackwell, 1953.
3. Wakefield JC, First MB. Placing symptoms in context: the role of contextual criteria in reducing false positives in DSM diagnosis. *Compr Psychiatry* 2012; 53:130-9.
4. Wakefield JC, First MB. Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? *World Psychiatry* 2012;11:3-10.
5. Kendler KS. Levels of explanation in psychiatric and substance use disorders:

- implications for the development of an etiologically based nosology. *Mol Psychiatry* 2012; 17:11-21.
6. Kendler K, Zachar P, Craver CF. What kinds of things are psychiatric disorders? *PsycholMed* 2010;41:1143-50.
7. Wakefield JC. The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry* 2006;6:149-56.
8. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC et al. Major depression and generalized anxiety disorder. Same genes, (partly) different environments? *ArchGen Psychiatry* 1992; 49:716-22.
9. Kendler KS, Appelbaum PS, Bell CC et al. Issues for DSM-V: DSM-V should include a conceptual issues work group. *Am J Psychiatry* 2008;165:174-5.

DOI 10.1002/wps.20097

¿Acelerara el RDoC la disminución del papel de Estados Unidos como líder mundial en la salud mental?

MICHAEL R. PHILLIPS

Shanghai Mental Health Center, Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai, China; Departments of Psychiatry and Global Health, Emory University, Atlanta, GA, USA

Dos sucesos recientes han aumentado considerablemente la importancia mundial percibida de la salud mental y brindan esperanza de que a los problemas de salud mental, finalmente, se les asignen los recursos económicos y de otra naturaleza proporcionados a su importancia para la salud de las poblaciones. La publicación en diciembre de 2011 de los nuevos resultados del estudio Morbilidad Global de las Enfermedades (GBD) demuestra la importancia creciente de los problemas de salud mental como un componente importante de la salud pública en países tanto con ingresos altos como bajos y medianos (1,2) y en mayo del 2013, la Asamblea Mundial de la Salud –el Congreso Anual de Ministros de Salud de la Organización Mundial de la Salud (WHO) de todo el mundo– aprobó una importante iniciativa de salud mental global, el Plan de Acción para la Salud Mental 2013-2020 (3).

En este punto álgido para la salud mental global, la iniciativa del RDoC del National Institute for Mental Health (NIMH) de Estados Unidos inequívocamente declara que la base tradicional para identificar los problemas de salud

mental –los diagnósticos de la ICD y el DSM– están fundamentalmente defectuosos y necesitan replantearse por completo (4). A pesar de las declaraciones de lo contrario (5,6), el mensaje claro fundamental de la iniciativa del RDoC para el ámbito de la salud mental es que el considerable esfuerzo de la American Psychiatric Association invertido en generar el DSM-5 y los esfuerzos de la WHO que todavía está invirtiendo en crear la sección de salud mental de la próxima ICD-11 están mal orientados y tienen poca utilidad para promover la salud mental.

Si toman en serio esta lucha entre clases el consorcio de GBD y los ministros de salud de los principales países, la postura del NIMH podría hacerlos reconsiderar la justificación para recomendar la expansión de los esfuerzos de salud mental. Los datos del GBD en torno a las enfermedades mentales están basados en estudios epidemiológicos que utilizan categorías diagnósticas del DSM, y un componente importante del plan de salud mental global de la WHO es el Programa de Brecha en la Salud Mental (7) el cual está basado en proporcionar tratamientos a un grupo central de trastornos definidos en la ICD. Si los hallazgos del GBD y las intervenciones de la WHO propuestas están basados en constructos defectuosos, ¿por qué no esperar hasta que el ámbito de la salud mental ponga su casa en orden antes de

reassignar escasos recursos para abordar estos problemas?

La iniciativa del RDoC, aunque intelectualmente atractiva (para los neurocientíficos), se muestra sorda a la actual trayectoria global de la salud mental. El mundo está pidiendo soluciones a los problemas clínicos y administrativos que están limitando el acceso a la atención y la calidad de la atención para un gran número de individuos con problemas de salud mental (8). Este enfoque prioritario de la financiación del NIMH en el objetivo a muy largo plazo de establecer categorías diagnósticas basadas en constructos biológicos –que finalmente pueden resultar imposibles para una gran proporción de las personas que actualmente tratamos– distanciará los esfuerzos de investigación del NIMH de las inquietudes centrales de los profesionales clínicos y administradores de la salud mental, sobre todo los de países con bajos y medianos ingresos.

El ámbito de la salud mental no descartará el sistema diagnóstico actual de las enfermedades mentales basándose en lo que dice el NIMH. Debe haber evidencia convincente de que cualesquiera cambios importantes propuestos mejorarán espectacularmente los resultados. Un mucho mejor enfoque creciente sería que el NIMH resaltara la necesidad de identificar variables dimensionales de la neurociencia para ayudar a investigar tratamientos más dirigidos para los indivi-

duos clasificados de acuerdo con los sistemas diagnósticos actuales. Esto permitirá que la investigación se mantenga relevante a las necesidades de los profesionales clínicos y los sistemas de atención a la salud (que necesitan diagnósticos estables para funcionar) y, por tanto, continuar recibiendo el apoyo político que necesita para obtener financiación sostenida. Una vez que este enfoque haya generado evidencia de su capacidad para mejorar los tratamientos al identificar subgrupos distintivos dentro de las categorías diagnósticas actuales, el NIMH estaría entonces en una mucha mejor posición para recomendar cambios en el sistema diagnóstico enfocados en el reagrupamiento de trastornos que respondan a intervenciones similares o que pueden prevenirse con ellas.

Un sistema diagnóstico es primero y antes que nada un producto *cultural* un intento del ámbito psiquiátrico para crear significación, clasificar fenómenos de interés en formas que faciliten el pronóstico y, posiblemente, modificar los resultados futuros. Muchas instituciones en una sociedad –ideológicas, culturales, sociales, económicas y científicas– participan en el proceso de clasificar y tratar los trastornos de la salud considerados desviaciones de lo «normal». La investigación científica es sólo uno de muchos interesados en este proceso y no opera de manera independiente de los demás interesados; los resultados de la investigación científica sobre la salud lo mismo que la utilización de estos resultados están sujetos a la gran influencia del entorno socioeconómico en el cual surgen y se utilizan. La participación de una amplia gama de interesados en el desarrollo del DSM-5 y la ICD-11 es un claro ejemplo de este proceso. En contraste, la iniciativa del RDoC tratará de desarrollar un sistema diagnóstico con la escasa participación posible de los profesionales no neurocientíficos: el mensaje

no tan implícito es que las realidades económicas, los factores sociales y las preferencias culturales deben esperar hasta que los neurocientíficos hallan descubierto la «verdad» y luego cedan en consecuencia. Este enfoque biológico reduccionista es ingenuo con respecto al papel que desempeñan los sistemas diagnósticos en la vida real. Un sistema diagnóstico debe servir a las necesidades siempre dinámicas de *todos* los interesados. Por otra parte, estos interesados deben estar integrados al proceso de desarrollo de iteraciones del sistema diagnóstico, no ser espectadores.

¿Seguirán por el camino al NIMH a través del RDoC los proveedores de fondos para la salud mental importantes en otros países? En el pasado, la fortaleza económica de Estados Unidos y su capacidad para atraer especialistas expertos de todo el mundo le ha permitido mantener el liderazgo intelectual en muchos campos, incluida la salud mental. Sin embargo, a medida que los países con medianos ingresos gradualmente aumenten su financiación de la investigación para la salud mental y que otros países con altos ingresos aumenten su financiación de proyectos de salud mental multinacionales, la contribución proporcional del NIMH en la financiación global de la investigación para la salud mental inevitablemente disminuirá. A medida que ocurra esto es probable que el liderazgo intelectual en la salud mental global se vuelva cada vez más multipolar. En la actualidad, todavía no está claro cómo este cambio gradual de la guardia afectará a las prioridades en la investigación de la salud mental global.

El canto de sirenas de las soluciones biológicas a los problemas biopsicosociales ha dominado en la investigación médica por varios decenios, de manera que las prioridades de investigación de salud mental en otros países pueden seguir al flautista del NIMH. Sin embar-

go, el nuevo énfasis en la carga de los trastornos mentales para la salud pública resaltado por los hallazgos del GBD y la urgencia de la necesidad de resolver estos problemas apremiantes resaltados por el Plan de Salud Mental de la WHO pueden inducir a algunos países a desconectarse del NIMH con la coyuntura del RDoC y asignar proporciones crecientes de fondos para la investigación en salud mental a los problemas generales de expandir la gama, la calidad y la utilización de los servicios. Si esto ocurre, se acelerará la inevitable disminución lenta del liderazgo intelectual estadounidense en la salud mental mundial.

Bibliografía

1. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2163-96.
2. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013;382:1575-86.
3. World Health Association. Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization, 2013.
4. Insel TR. Transforming diagnosis. www.nimh.nih.gov.
5. Belluck P, Carey B. Psychiatry's guide is out of touch with science, experts say. *New York Times*, May 6, 2013.
6. Insel TR, Lieberman JA. DSM-5 and RDoC: shared interests. www.nimh.nih.gov.
7. World Health Association. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva: World Health Organization, 2010.
8. Prince M, Patel V, Saxena S et al. No health without mental health. *Lancet* 2007; 370: 859-77.

DOI 10.1002/wps.20098

Acercamiento a la neurociencia humana para comprender la enfermedad

CAROL A. TAMMINGA

Department of Psychiatry, University of Texas Southwestern Medical School, Dallas, TX, USA

En la investigación psiquiátrica, el conocimiento de la neurociencia está cre-

ciendo sin precedentes, tanto en la adquisición de hechos como en el desarrollo de la comprensión mecanicista a nivel de la molécula, la sinapsis, la célula y el sistema neural. Si bien hace apenas 20 años hablábamos acerca de la función cerebral

en términos de una «caja negra» hoy en día comprendemos muchas dimensiones de la función cerebral de una manera mecanicista, sobre todo de las moléculas y los procesos fisiológicos que respaldan las conductas características (1). El cono-

cimiento está creciendo no sólo en la genética y la función sináptica sino también en la identificación de las vías de señalización postsinápticas, los mecanismos de la cognición, la modificación epigenética y la neurociencia de sistemas, por mencionar sólo algunos campos.

Los científicos que se ocupan de la investigación transferible tienen el reto de mantenerse al día en el nuevo conocimiento relevante. Los administradores de la ciencia son minuciosos en torno a motivar el campo para utilizar el conocimiento básico con fines de comprensión del funcionamiento normal del cerebro lo mismo que para identificar las alteraciones patológicas que producen la enfermedad. Nunca ha habido un mejor momento para el crecimiento del neurociencia o para el desarrollo de biomarcadores y dianas moleculares de las enfermedades del cerebro. El sistema RDoC desafía a todo científico cerebral a enfocarse en las enfermedades psiquiátricas para sintetizar y aplicar hechos relevantes en torno al cerebro con el fin de aprovechar las ventajas de la comprensión mecanicista de la enfermedad (2).

Ya existen métodos para analizar la función cerebral in vivo en el ser humano desde el punto de vista histológico, molecular y fenotípico, lo que permite las mediciones de las conductas basadas en el cerebro humano (3). La cognición representa un buen ejemplo de esto, ya que la capacidad cognitiva se puede evaluar en forma experimental y se utiliza sistemáticamente para hacer inferencias sobre el funcionamiento del propio cerebro. Otros enfoques, como las imágenes del cerebro humano y los análisis de potenciales evocados con electroencefalografía (EEG), utilizan medidas de las actividades moleculares, metabólicas o eléctricas del cerebro para representar la actividad neuronal de diversas regiones. Luego, también, algunos enfoques experimentales utilizan el tejido cerebral postmortem humano para los análisis histológicos o moleculares directos, aunque en tejido cerebral no viviente. La expresión regional de genes, que genera proteínas específicas de región o de célula, podría ser decisiva para captar la función cerebral compleja y su disfunción regional en la enfermedad. Y los modelos animales, si se verifican cuidadosamente, pueden contribuir a mejorar los modelos de experimentación.

Entonces, ¿cómo las perturbaciones de estos sistemas basados en el ser humano

normal se relacionan con los síntomas mentales? Una vez más, aquí es donde surge el sistema RDoC. Lo que el modelo RDoC aporta es un sistema para generar y clasificar hechos del cerebro en su relación con estados conductuales básicos transversales putativos o funciones del cerebro, dejando a la observación experimental la identificación de quiénes presentan alteraciones patológicas cerebrales.

Sería incorrecto conceptualizar el RDoC como un sistema diagnóstico. Más bien, es un enfoque para sistematizar el conocimiento cerebral y hacerlo más pertinente a los sistemas funcionales y disfuncionales del cerebro en su relación con los enlaces en la conducta. Tampoco el RDoC está listo para transformar el diagnóstico psiquiátrico para todos los fines prácticos con que se utiliza la ICD y la DSM. Sin embargo, el sistema RDoC llama la atención a la necesidad esencial a la neurociencia transferible de basar el diagnóstico en la comprensión de la enfermedad y vincular el desarrollo de dianas moleculares a una fisiopatología detallada y demostrada de las enfermedades.

El énfasis en el artículo de Cuthbert sobre el desarrollo de enfoques dimensionales dentro de las enfermedades mentales está representado en el dominio de la psicosis por el proyecto Red Bipolar de la Esquizofrenia para Fenotipos Intermedios (BSNIP). Se han hecho referencias a “psicosis” en la literatura por muchos años, creando la expectativa de una imbricación medible de biomarcadores de enfermedades del cerebro con manifestaciones psicóticas prominentes. En tiempos recientes, el estudio del BSNIP, utilizando biomarcadores densos para caracterizar la psicosis, incluida la esquizofrenia, la enfermedad esquizoafectiva y el trastorno bipolar con psicosis, se inició para explorar la dimensión de la psicosis con biomarcadores modernos (4).

En el estudio se reclutó a individuos con psicosis y se les realizó la fenotipificación densa utilizando pruebas de cognición, evaluación de potenciales evocados, evaluación de movimientos oculares, imágenes del cerebro y evaluación del EEG en reposo, además de una valoración clínica completa. La caracterización fenotípica resultante de los diagnósticos de psicosis ha creado una base de datos enriquecida que se puede analizar con el fin de crear marcadores biológicos para el diagnóstico.

El estudio BSNIP demostró cómo los biomarcadores se agrupaban dentro y a

través de los diagnósticos del DSM actuales y, en general, a través de la dimensión de la psicosis. La gran variedad y la amplia imbricación de los biomarcadores a través de los diagnósticos parecen indicar que nuestros diagnósticos de DSM son biológicamente heterogéneos. La sorpresa adicional en estos datos fue la considerable imbricación en las características clínicas y diagnósticas. La interrogante actual del BSNIP es cómo desplazarse desde el estado actual del conocimiento parcial de la fenomenología clínica y la neurobiología emergente, a un estado de comprensión biológica de nuestros trastornos psiquiátricos, un programa de investigación en el campo.

La implicación de los resultados del BSNIP y las predicciones del RDoC es que, si analizamos los grupos diagnósticos actuales de psicosis utilizando biomarcadores neurales ideales, todavía probablemente no tendremos éxito en definir la fisiopatología, debido a la burda heterogeneidad de los grupos identificados (5). Si abordamos la enfermedad con una dimensión en vez de un diagnóstico simple, prevemos, de hecho utilizamos, la heterogeneidad notable de grupo para reconocer agrupamientos biológicamente similares dentro de la dimensión y el empleo del agrupamiento de biomarcadores para generar grupos de enfermedad biológicamente definidos. El desarrollo de características de validación para los agrupamientos es el reto de la investigación, es decir, una comprensión de sistemas comunes o una patología molecular unificadora para estos agrupamientos de biomarcadores. El enfoque del BSNIP comienza en el ámbito dimensional, utilizando la caracterización densa de biomarcadores para formar agrupamientos biológicamente comunes que puedan ser útiles como identificadores de enfermedad con dianas biológicas.

Por otra parte, como lo señala Cuthbert, también podemos abordar las definiciones de la enfermedad desde el punto de vista biológico a través de la identificación de genes, moléculas, células y circuitos de conductas normales, y luego ver cuáles funciones normales podrían modificarse cuando se alteran estos sistemas. El modelo del sistema RDoC, según se explica en la actualidad, comienza en un nivel detallado de conocimiento de dominios para las conductas normales (6). Varios de estos dominios ya están relativamente bien comprendi-

dos. Son ejemplos los constructos de «memoria declarativa», «amenaza aguda» y probablemente también «aprendizaje de recompensas». Estos sistemas normales, si se ejecutan en forma anormal, se podrían manifestar como «psicosis», «trastorno por estrés postraumático» o «abuso de drogas», respectivamente, si se altera la evolución normal.

En nuestro estado actual de conocimiento que carece incluso de las claves biológicas básicas sobre la naturaleza de las enfermedades psiquiátricas, no digamos las dianas biológicas, no es una generalización excesiva decir que debiéramos utilizar los dos enfoques en el descubrimiento y la utilización de la

imbricación como demostración de concepto.

Bibliografía

1. Charney DS, Buxbaum J, Sklar P et al. Neurobiology of mental illness. 4th ed. New York: Oxford University Press, 2013.
2. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. World Psychiatry 2014;13:28-35.
3. Tamminga CA, Pearlson GD, Keshavan MS et al. Bipolar and Schizophrenia Network for Intermediate Phenotypes (B-SNIP): outcomes across the psychosis continuum. Schizophr Bull (in press).

4. Tamminga CA, Ivleva EI, Keshavan MS et al. Clinical phenotypes of psychosis in the Bipolar and Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP). Am J Psychiatry 2013;170:1263-74.
5. Hill SK, Reilly JL, Keefe RS et al. Neuropsychological impairments in schizophrenia and psychotic bipolar disorder: findings from the Bipolar and Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (BSNIP) Study. Am J Psychiatry 2013; 170:1275-84.
6. Keshavan MS, Clementz BA, Pearlson GD et al. Reimagining psychoses: an agnostic approach to diagnosis. Schizophr Res 2013;146:10-6.

DOI 10.1002/wps.20099

RDoC: ¿un mapa de caminos hacia la patogenia?

ASSEN JABLENSKY, FLAVIE WATERS

Centre for Clinical Research in Neuropsychiatry, School of Psychiatry and Clinical Neurosciences, University of Western Australia, Perth, Australia

«Ya es necesario que dejemos de clasificar las enfermedades en grupos ordenados bien definidos y establezcamos en cambio la meta indudablemente más alta y más satisfactoria de comprender su estructura esencial» (1).

En los últimos años hemos sido testigos de signos inequívocos de un enorme cambio en genética psiquiátrica y en neurociencia básica. Los estudios de asociación de todo el genoma, realizados por consorcios internacionales grandes y el empleo de datos de más de 100.000 individuos, entre otras cosas, han identificado polimorfismos comunes compartidos por trastornos aparentemente no relacionados, tales como esquizofrenia, trastorno bipolar, autismo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y posiblemente algunas formas de discapacidad intelectual y epilepsia (2). Esto brinda un razonamiento sólido para la pleotropía como regla, más que una excepción en los apuntalamientos genéticos de los trastornos psiquiátricos.

La secuenciación de próxima generación de exomas y genomas completos de pacientes psiquiátricos, en vertiginosa velocidad debido a la asequibilidad de técnicas avanzadas, tarde o temprano aportará la respuesta final. El proyecto ENCODE está brindando nueva información sobre la red reguladora de factores de

transcripción, lo que es decisivo para interpretar la secuenciación del genoma personal y comprender los principios básicos de la biología humana y la enfermedad (3). El Proyecto Mapa de Actividad Cerebral recién iniciado (4) tiene como propósito lograr en los próximos 10 años un mapeo exhaustivo de la actividad de neuronas individuales y su conectividad mediante la aplicación de nanotecnología y técnicas de computación a gran escala.

Contra este fondo de cambio rápido, el ejercicio clínico de la psiquiatría se ve dificultado por una brecha de conocimiento que interfiere en la aplicación de tales avances innovadores en formulaciones diagnósticas «personalizadas» y prevención o tratamiento dirigidos. Si bien parte del motivo es la complejidad prohibitiva de los trastornos psiquiátricos, otra parte es la «cosificación» de los esquemas diagnósticos y de clasificación actuales, cuyo postulado básico de categorías nosológicas definidas sigue básicamente sin cambio desde las épocas de Kraepelin y Bleuler.

Todo lo anterior respalda la motivación y la justificación de la iniciativa del National Institute of Mental Health para proponer e implementar el proyecto Criterios de Dominio de Investigación (RDoC) como una alternativa científica estratégica (o contraparte) a la clasificación del sistema DSM/ICD. Sus «siete pilares» (5) comprenden: la primacía de la investigación transferible; la integración de la neurociencia y la ciencia conductual; un enfoque dimensional cuanti-

tativo de la psicopatología; la creación de entrevistas y escalas de medición que permitan estudios de toda la gama de variaciones desde lo normal hasta lo anormal; estrategias de muestreo no sesgadas por los diagnósticos en el sistema DSM/ICD o cualesquiera definiciones fijas de los trastornos; y un enfoque selectivo en las variables independientes que pueden escogerse entre cualquiera de las «unidades de análisis» o «constructos» del modelo conceptual.

El diseño del RDoC tiene fortalezas evidentes y atractivas. El estudio de los procesos fundamentales que trascienden los límites diagnósticos habituales revelarán patrones inesperados de relaciones con síntomas, rasgos de la personalidad y conducta. El mapeo de la fenomenología clínica en la disfunción cerebral específica originará una «psicopatología funcional» (6) que puede añadirse sustancialmente al remodelado de la taxonomía de los trastornos mentales. Por consiguiente, el RDoC establece un programa común y un marco de referencia para los investigadores psiquiátricos y neurociencias que podría unificar y enfocar los esfuerzos hacia la meta final de conceptualizar de nuevo nuestra comprensión de la «estructura esencial» de los trastornos psiquiátricos. Si se logra, y cuando se logre, esto alinearía la psiquiatría con otras disciplinas de la medicina, como la cardiología y la oncología, que se consideran pioneras en la investigación transferible.

Sin embargo, hay dudas, retos y salvedades en el camino del proyecto

RDoC. En primer lugar, la relación entre la filosofía del RDoC y la realidad clínica es ambigua. Los pacientes que entran al consultorio del psiquiatra acuden con su fenotipo y no con su genotipo o biofirma. Es improbable que la interpretación diagnóstica de sus historias evada alguna vez a la necesidad de un enfoque fenomenológico lógico de primera opción, y a la asignación de un diagnóstico categórico basado en una regla a seguir mediante la remisión para investigaciones de laboratorio y un plan de tratamiento –ambos respaldados por la mejor evidencia disponible–. Por consiguiente, tanto las categorías como las dimensiones posiblemente continúen coexistiendo como dos lados de la misma moneda, lo que nos hace recordar el paradigma «partícula-onda» en física. La utilidad de cualquier versión futura de DSM/ICD dependerá entonces del grado en el cual proporcionen información no trivial sobre el pronóstico, los posibles resultados del tratamiento o las propuestas evaluables sobre las correlaciones biológicas y sociales (7,8).

En segundo lugar, hay una enorme brecha explicativa en investigación genética entre hallazgos de asociaciones estadísticas de variantes genómicas comunes con trastornos específicos, síntomas o rasgos y la demostración de causalidad. Considerando que la gran mayoría de tales relaciones tiene magnitudes de efecto minúsculas, datos recientes indican que muchos centenares de genes pueden hacer contribuciones estadísticamente significativas pero menores a la estimación del riesgo de la enfermedad. Sigue siendo incierto si las variantes infrecuentes, como las variaciones en el número de copias, las mutaciones pun-

tuales «privadas» y las secuencias genómicas, brindarían en el caso individual más que una evaluación probabilística del riesgo en vez de una causa prima etiológica determinista del trastorno. Por el contrario, las mediciones neurofisiológicas refinadas y las neuroimágenes futuras tienen más probabilidades de generar endofenotipos y biomarcadores fiables y, en consecuencia, de tener una utilidad pragmática en la evaluación de los patrones de la patogenia individual.

Por último, los actuales cinco dominios del modelo RDoC precisan un enriquecimiento conceptual en por lo menos dos de sus componentes. Las «dominios de auto-representación» necesitan descripción más detallada para incluir trastornos de la autopercepción que son el núcleo de los trastornos psicóticos (esquizofrenia, trastorno psicóticos transitorios agudos), así como trastornos neurológicos como la epilepsia del lóbulo temporal con convulsiones parciales complejas: experiencias de despersonalización y desrealización, confusión de identidad, interferencia en el pensamiento, ambivalencia y pérdida del sentido de mediación (9). Por otra parte, síntomas comunes como alucinaciones auditivas, son complejos y heterogéneos y deben descomponerse en varias características fenomenológicas, cada una ubicada en una gama de procesos cognitivos y sociales (10).

En conclusión, no obstante tales advertencias, el RDoC proporcionará un «mapa de caminos» hacia una mejor comprensión de la fisiopatología y la patogenia de las enfermedades mentales al integrar el conocimiento a través de diferentes campos de investigación y dirigir el camino a mejoras en el diagnóstico y tratamiento. Su enfoque no

debiera ser sólo en lo que pueda ofrecer la neurociencia y la genética, sino incluso más en la interacción entre la investigación biológica, psicológica y social.

Bibliografía

1. Kraepelin E. Die Erscheinungsformen des Irreseins. *Z Ges Neurol Psychiatr* 1920;62:1-29.
2. Cross-disorder Group of the Psychiatric Genomic Consortium. Genetic relationships between five psychiatric disorders estimated from genome-wide SNPs. *Nature Genetics* 2013;45:984-94.
3. The ENCODE Project Consortium. An integrated encyclopedia of DNA elements in the human genome. *Nature* 2012;489:57-74.
4. Alivisatos A, Chun M, Church GM et al. The Brain Activity Map Project and the challenge of functional connectomics. *Neuron* 2012;74:970-4.
5. Cuthbert BN, Insel TR. Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Med* 2013;11:126.
6. Van Praag HM. Nosologomania: a disorder of psychiatry. *World J Biol Psychiatry* 2000;1:151-8.
7. Jablensky A. Subtyping schizophrenia: implications for genetic research. *Mol Psychiatry* 2006;11:815-36.
8. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003;160:4-12.
9. Parnas J, Møller P, Kircher T et al. EASE: Examination of anomalous self-experience. *Psychopathology* 2005;38:236-58.
10. Ford J, Cuthbert B, Hoffman R et al. Studying hallucinations within the NIMHRDoC framework: Report from the 2nd International Consortium on Hallucination Research. *Schizophr Bull* (in press).

DOI 10.1002/wps.20100

El camino desde los diagnósticos de RDC/DSM hasta las dimensiones del RDoC

**MATCHERI S. KESHAVAN^{1,2},
DOST ONGUR^{1,3}**

¹Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, MA, USA; ²Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, MA, USA; ³McLean Hospital, Belmont, MA, USA

Las revisiones sucesivas del DSM y la ICD han servido para mejorar la fiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos.

En concreto, el desarrollo de los Criterios Diagnósticos de Investigación (RDC, I) condujo a revisiones importantes en el DSM-III hacia esta meta. Sin embargo, estas clasificaciones continúan adoleciendo de heterogeneidad dentro de los trastornos, límites imprecisos entre ellos, utilización frecuente de categorías «no especificadas» (NOS) y altos grados de comorbilidad. Todos estos factores

han servido para limitar la utilidad clínica. Lo que es importante, la validez, el santo grial de la clasificación psiquiátrica, sigue siendo elusivo y contribuye a la falta de biomarcadores para el diagnóstico en psiquiatría (2).

La heterogeneidad no es específica de la psiquiatría; muchos trastornos médicos frecuentes son heterogéneos y tienen factores de riesgo diversos y fisiopatología

compleja (por ejemplo, la hipertensión y la diabetes no insulino dependiente (NIDDM)). Sin embargo, el último grupo de trastornos no está inmerso en debates como los que observamos en psiquiatría, pues las medidas biológicas relevantes para el trastorno están disponibles ahora para los médicos. No es sorprendente que algunos pacientes con NIDDM presenten insuficiencia renal en tanto que otros se queden ciegos y otros más tengan arteriopatía coronaria o necesiten amputación de una extremidad inferior, siempre y cuando se pueda determinar que puedan medirse las concentraciones de glucosa, insulina o hemoglobina A1C para demostrar que éstas son presentaciones diversas de la misma anomalía metabólica subyacente. La investigación en la neurociencia psiquiátrica pretende exactamente estas clases de medida para ayudar a la clasificación psiquiátrica. Aunque no hay escasez de biomarcadores en psiquiatría, simplemente carecen de especificidad, pues los diagnósticos sintomáticos, como las categorías del DSM y la ICD, son inadecuados como normas de referencia para validar tales biomarcadores (2).

Para resolver este punto muerto, Cuthbert (3) ofrece una descripción visionaria de los pasos que son necesarios si se quiere que la psiquiatría avance en el camino difícil de la tipología basada en los síntomas hacia una nosología basada en la neurociencia utilizando el modelo de Criterios de Dominios de Investigación (RDoC). La meta clave para el campo es cómo efectuar la transición desde la clasificación actual del (DSM-5) hacia un enfoque dimensional basado en la neurociencia (4). Los avances impresionantes en el conocimiento en neurobiología y genética de los trastornos psiquiátricos en los últimos años vuelven esta meta oportuna y ofrecen oportunidades sin precedente. En nuestro punto de vista, se necesitan decisivamente algunos pasos clave para que tales esfuerzos tengan fruto.

El primero consiste en incorporar medidas del RDoC en el ejercicio clínico. El DSM-5 ha hecho un esfuerzo importante y a la vez moderado hacia un enfoque dimensional al incluir medidas de síntomas transversales (Sección III). Esto permite evaluar una serie exhaustiva de dominios psicopatológicos (similar a la revisión de sistemas en medicina) que puede o no encajar bien en los diagnósticos señalados por los síntomas principa-

les. Por ejemplo, la alteración cognitiva, una de las dimensiones de la gravedad de la psicosis propuesta por el DSM-5, se califica en una escala de 0 a 4 basándose en el grado de desviación con respecto a las normas apropiadas para la edad. Para evaluar esto, el profesional clínico tendría que llevar a cabo una batería cognitiva de evaluaciones que comprenden dominios clave como memoria de trabajo, memoria verbal, atención, etcétera, ya bien conocidos por ser ampliamente frecuentes, persistentes e indicadores de desenlace en la esquizofrenia (5). Los criterios cognitivos como la memoria de trabajo son dominios del RDoC y se está dilucidando con rapidez sus correlaciones neurobiológicas y genéticas (6). Por consiguiente, podríamos hallarnos ya en la posición de incorporar algunos de los dominios específicos del RDoC en el ejercicio clínico. Sin embargo, el DSM-5 no avanzó lo suficiente (4) y comprende un criterio cognitivo global únicamente en una sección opcional del manual. Por fortuna, no obstante, el DSM es un «documento dinámico» y cabe esperar que los criterios del DSM y RDoC tengan sinergia en el futuro cercano. Una vez que se implementen en el ejercicio clínico y en estudios de campo, tales criterios pueden proporcionar datos dimensionales que luego se podrán examinar en relación con las variables fisiopatológicas y etiológicas, y de esta manera avanzar hacia una clasificación basada en la neurociencia.

Como se señaló antes, la falta de validez sigue siendo la principal limitación del enfoque de la clasificación del sistema ICD/DSM. Cuthbert propone una dirección clave para abordar esto en la investigación futura, es decir, examinar las relaciones parecidas al RDoC entre los dominios conductuales y neurobiológicos dentro de un determinado trastorno del DSM, dentro y entre grupos afines del trastorno en la metaestructura del sistema DSM/ICD. Cabe esperar que las correlaciones fisiopatológicas y etiológicas (genéticas y ambientales) de dominios de síntomas a través de unidades de análisis del RDoC dilucidadas de esta manera allanen el camino hacia la clasificación de los trastornos mentales basada en la etiología (7). Sin embargo, la etiopatología es sólo uno de los criterios de validación externos clave hacia una clasificación clínicamente significativa; el profesional clínico debe poder diagnosticar trastornos que estén suficientemente

delimitados entre sí, caracterizar antecedentes premórbidos y pronosticar la evolución natural y el desenlace lo mismo que la respuesta al tratamiento (8). Por tanto, las dimensiones del RDoC se tienen que esbozar en criterios de validación etiológicos, así como clínicos, resultados y de respuesta al tratamiento en la investigación futura. Aquí delineamos algunas de las posibles orientaciones.

Las dimensiones del RDoC pueden aportar información sobre las variaciones relacionadas con la enfermedad entre individuos que se bosquejan en trayectorias del desarrollo premórbidas mejor que en categorías basadas en síntomas. Por consiguiente, vale la pena de preguntar si los dominios del RDoC neurocognitivos pueden seguir las huellas de los trastornos cognitivos y de aprendizaje premórbidos, en tanto que las anomalías en la valencia positiva o negativa podrían más probablemente relacionarse con dificultades temperamentales que indican alteración de la regulación del afecto.

Un diseño de investigación útil para la previsión del resultado, por ejemplo, sería caracterizar longitudinalmente los dominios del RDoC en los pacientes con primer episodio de psicosis a través de la gama del DSM/ICD (esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos y trastorno psicótico afectivo) y examinar el DSM, la dimensión del RDoC y los efectos de interacción sobre posibles indicadores de resultados y respuesta al tratamiento (por ejemplo, disfunción cognitiva, síntomas negativos persistentes, respuesta al litio). Se podría utilizar un diseño similar en familiares jóvenes con riesgo de trastornos psicóticos importantes para determinar si se puede pronosticar la psicosis emergente, los episodios afectivos, o ambos, durante el seguimiento en el periodo de riesgo decisivo de la adolescencia.

Otra posible utilidad del enfoque del RDoC puede ser útil para pronosticar la respuesta al tratamiento e identificar subgrupos de pacientes dentro del mismo trastorno que pueden responder de manera diferente a un tratamiento que a otro. Por consiguiente, una alteración en el dominio RDoC en la esquizofrenia, como la memoria de trabajo, podría ser indicación para el tratamiento con un enfoque como la curación cognitiva, en tanto que otra alteración del dominio de RDoC, como la valencia negativa intensificada, podría ser indicación para un enfoque diferente, como el entrenamien-

to del sesgo cognitivo. Por consiguiente, podría ser útil la identificación de indicadores y biomarcadores de la respuesta al tratamiento basados en la neurociencia.

Un enfoque longitudinal para investigar los dominios del RDoC también puede resolver el problema a menudo señalado de la estabilidad diagnóstica, es decir, los diagnósticos clínicos no siempre son estables en función del tiempo (9). La investigación neurocientífica puede proporcionar datos convergentes que señalen si esta inestabilidad se debe a un sistema diagnóstico inadecuado para captar la presentación de la enfermedad en función del tiempo, o si hay una evolución genuina de tal presentación. El por qué las presentaciones clínicas se modifican en el mismo paciente durante un determinado periodo es una de las múltiples preguntas no resueltas en nuestro campo en el que el enfoque basado en la neurociencia puede complementar el trabajo que se ha realizado hasta la fecha.

Los objetivos de los enfoques clínicos y basados en la neurociencia para la clasi-

ficación de los trastornos psiquiátricos son convergentes. A medida que estos silos se deslinden, surgirá el momento oportuno para que los dos sistemas se integren. El camino desde el RDC (y DSM) hacia el RDoC puede ser prolongado, pero es promisorio para el ejercicio de la psiquiatría.

Agradecimiento

Este estudio fue respaldado parcialmente por la beca MH 78113 del NIMH.

Bibliografía

1. Spitzer RL, Robins E. Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:773-82.
2. Kapur S, Phillips AG, Insel TR. Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? *Mol Psychiatry* 2012;17:1174-9.
3. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014;13:28-35.

4. Keshavan MS. Classification of psychotic disorders: need to move toward a neuroscience-informed nosology. *Asian J Psychiatry* 2013;6:191-2.
5. Barch DM, Keefe RS. Anticipating DSM-V: opportunities and challenges for cognition and psychosis. *Schizophr Bull* 2010;36:43-7.
6. Bilder RM, Howe AS, Sabb FW. Multilevel models from biology to psychology: mission impossible? *J Abnorm Psychol* (in press).
7. Andrews G, Goldberg DP, Krueger RF et al. Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: could it improve utility and validity? *Psychol Med* 2009;39:1993-2000.
8. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970;126:983-7.
9. Salvatore P, Baldessarini RJ, Tohen M et al. McLean-Harvard International First-Episode Project: two-year stability of ICD-10 diagnoses in 500 first-episode psychotic disorder patients. *J Clin Psychiatry* 2011; 72:183-93.

DOI 10.1002/wps.20105

El programa RDoC: ¿psiquiatría sin psique?

JOSEF PARNAS

Psychiatric Center Hvidovre and Center for Subjectivity Research, University of Copenhagen, Denmark

La sinopsis densa de Cuthbert sobre la propuesta de Criterios de Dominios de Investigación (RDoC) del National Institute of Mental Health (NIMH) (1) plantea muchas interrogantes. Me limitaré a unos cuantos aspectos teóricos y psicopatológicos muy generales.

El RDoC propone desarrollar «nosologías psiquiátricas basadas en la neurociencia y en la ciencia de la conducta más que en la fenomenología descriptiva», es decir, «basadas en dimensiones de la conducta observables y fenómenos neurobiológicos medibles». La fundamentación teórica del RDoC al parecer es un reduccionismo neurocéntrico de «tipo-tipo»: trozos específicos (tipos) de vida mental (por ejemplo, alucinaciones, anhedonia) son idénticos o nada más que determinados trozos específicos (tipos) de actividad neural (digamos, una determinada configuración de interacciones entre redes neurales disfuncionales). Es difícil seguir la lógica de la aseveración de Cuthbert de que el RDoC no es

reduccionista cuando una y otra vez resalta una «comprensión mecanicista» como la meta final del RDoC. El reduccionismo de «tipo-tipo» es, desde luego, una postura teórica legítima, pero una que dista mucho de ser compartida en general y tal vez incluso de ser obsoleta (2).

No hay la inquietud en el RDoC de que el reduccionismo biológico, tan exitoso en medicina somática, puede estar confrontando en psiquiatría las complicaciones de lo que los filósofos llaman la «brecha explicativa» (3), «el problema difícil de la conciencia» (4) o la distintividad desafiante de la ontología (naturaleza del ser) y la epistemología de la conciencia humana (5). Estos aspectos no se pueden abordar en forma adecuada mediante una negación directa del «excepcionalismo humano» por la continuidad genética entre las moscas de la fruta y los seres humanos. El RDoC es programáticamente silencioso en los aspectos de la conciencia y la experiencia subjetiva. Aunque reconociendo, acto seguido, que «el informe verbal» es el gesto primario del paciente en un contexto clínico, el RDoC no ofrece ningún señalamiento de la naturaleza del cometido psicopatológico que

es necesario para descifrar las alteraciones de la subjetividad expresadas a través de tal «informe verbal».

Cuthbert sostiene que los conceptos clínicos habituales (por ejemplo, trastorno por estrés postraumático) no son «constructos psicológicos cohesivos», pero no especifica cuál podría ser un constructo psicológico (o biológico) cohesivo.

El proyecto etiológico en psiquiatría presupone un estudio serio del propio *explanandum*, es decir, la conciencia y sus alteraciones patológicas, pues «sin alguna idea... de lo que es el carácter subjetivo de la experiencia no podemos saber lo que se requiere de la teoría (reductiva)» (6). El objeto de estudio de la psiquiatría es la experiencia alterada del paciente, la expresión y la existencia, asociada al sufrimiento de sí mismo o de otros. Un psiquiatra trata a una persona y no un circuito cerebral. Por consiguiente, seguiremos necesitando una clasificación anclada en la fenomenología y en la cual el cerebro entre en tanto que la alteración neural sea diagnóstica o terapéuticamente relevante a este sufrimiento y no porque el cerebro sea de derecho el principal interés de la psiquiatría.

Los constructos del RDoC elegidos como objetivo, que se considera reflejan funciones de la conducta sencillas similares a la clase natural e instanciadas en las redes neurales circunscritas (previamente llamadas «módulos»), en toda probabilidad no llegarán a convertirse en un explanans exhaustivo o incluso relevante de los trastornos de la racionalidad, la visión del mundo, la simbolización, la autopercepción y la identidad personal, que son los rasgos distintivos de la mayor parte de los trastornos psiquiátricos. ¿Padecerían los esquizofrénicos y los pacientes bipolares clínicamente típicos *el mismo trastorno mental* (es decir, comparten el *mismo* «diagnóstico de precisión» futuro) si mostraran características idénticas de disfunciones neurobiológicas y neuropsicológicas?

La justificación para iniciar el RDoC fue la imposibilidad de transferir los avances de la neurociencia básica al conocimiento psiquiátrico operable. Esta deficiencia se ha atribuido a la clasificación basada en fenotipo (DSM-IV): con el paso del tiempo, las categorías diagnósticas se «cosificaron», es decir, se llegaron a considerar dogmáticamente como entidades «verdaderas» y válidas, monopolizando la investigación, e impidiendo a los científicos plantear interrogantes nuevas fuera del espacio prescrito del DSM (7). Sin embargo, también es muy posible, y desde mi punto de vista, incluso probable, que la falta de avance esté menos relacionada con la existencia de clasificaciones basadas en fenotipo como tales sino más importantemente vinculadas a la naturaleza concreta de las clasificaciones operacionales del DSM-III+.

La «revolución operacional» comprendía una postura conductista, aversiva de la subjetividad y una psicopatología sobresimplificada al nivel del lego,

desprovista de todo modelo conceptual o fenomenológico, y produjo distinciones fenotípicas inadecuadas o deformes. Los criterios «operacionales» en realidad no son «operacionales» en algún sentido teóricamente significativo (8). Más bien, los diagnósticos, basados en el «recuento de síntomas» y descuidando las estructuras prototípicas-gestálticas de los trastornos mentales, *necesariamente* produjeron comorbilidad irrelevante, umbrales diagnósticos arbitrarios y consideraciones dimensionales obstaculizadas.

Los efectos de la simplificación «operacional» pueden ilustrarse fácilmente. Se ha ignorado sistemáticamente un origen esencialmente *percibido en la experiencia* del delirio esquizofrénico en todas las definiciones sucesivas del sistema DSM/ICD; tal vez porque el delirio no puede captarse a través de la definición de sentido común del lego, sino que siempre exige una integración en un modelo fenomenológico más general (8). La alucinación es otro ejemplo: lo que se denomina alucinaciones verbales auditivas es desde el punto de vista fenomenológico (cualitativo) tan notablemente heterogéneo (9) que el tratamiento de estas alucinaciones como un fenotipo homogéneo posiblemente va a socavar la investigación empírica. En otras palabras, la investigación empírica depende crucialmente de la adecuación de las distinciones fenotípicas utilizadas, adecuación que no se puede lograr a través de un enfoque simplista de lista de cotejo conductista.

El RDoC es legítimo como un *programa de investigación neurocientífica*, pero es tan peligroso como un «gran desigmo», un *paradigma prescriptivo* totalizante para la psiquiatría. La cosificación, es decir confundir un *concepto* o idea con una *cosa* realmente existente, deplorada en el contexto del DSM-IV (7), en toda

probabilidad se repetirá con el RDoC, pero esta vez tal vez incluso con consecuencias más graves. Nos arriesgamos a lo que Jaspers previó como «psiquiatría sin psique». La psiquiatría sobrevivirá como una actividad terapéutica debido a que los pacientes no se desvanecerán. Sin embargo, la psiquiatría que descuida sus fundamentos psicopatológicos, es decir, un estudio interdisciplinario, teórico y empírico de la subjetividad, corre el riesgo de desaparecer como una disciplina médica académica (10).

Bibliografía

1. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014;13:28-35.
2. Bennett MR, Hacker PMS. *Philosophical foundations of neuroscience*. Oxford: Blackwell, 2003.
3. Levine J. Materialism and qualia: the explanatory gap. *Pac Phil Quart* 1983;64: 354-61.
4. Chalmers D. Facing up to the problem of consciousness. *J Consc Studies* 1995;2: 200-19.
5. Parnas J, Sass LA, Zahavi D. Rediscovering psychopathology: the epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophr Bull* 2013;39:270-7.
6. Nagel T. *Mortal questions*. Cambridge: Cambridge University Press, 1979.
7. Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Ann Rev Clin Psychol* 2010;6:155-79.
8. Parnas J. The Breivik case and “conditio psychiatrica”. *World Psychiatry* 2013;12: 22-3.
9. Ey H. *Traite des hallucinations*. Paris: Masson, 1973.
10. Kleinman A. Rebalancing academic psychiatry: why it needs to happen –and soon. *Br J Psychiatry* 2012;201:421-2.

DOI 10.1002/wps.20101

El RDoC es necesario, pero muy exagerado

ALLEN FRANCES

Department of Psychiatry, Duke University, Durham, NC, USA

En el último medio siglo hemos sido testigos de avances monumentales en las ciencias básicas de la investigación del cerebro, la genética y la biología molecular. Sin embargo, también ha habido una paradoja sorprendente y des-

alentadora: ninguno de los hallazgos científicos interesantísimos ha tenido alguna repercusión de algún tipo en el ejercicio cotidiano de la psiquiatría clínica. Por fortuna, tenemos disponibles tratamientos eficaces para casi todos los trastornos mentales, pero no ha habido verdaderos avances en nuestra comprensión de la psicopatología y las formas de tratarlos.

¿Por qué la brecha de desconexión entre la actividad científica básica que es muy dinámica y un ejercicio clínico que es relativamente estático? De hecho, la psiquiatría realmente no es tan diferente del resto de la medicina en este sentido. Todas las especialidades de la medicina han afrontado (y hasta ahora en gran parte no han logrado superar) un cuello de botella similar en la investigación trans-

ferible. Resulta mucho más fácil descubrir los secretos fascinantes del funcionamiento corporal que convertirlos en alguna ventaja clínica considerable.

Y dado que el cerebro es mucho más complicado que otros órganos, la psiquiatría confronta con mucho el más difícil de todos los saltos transferibles. Nuestros cerebros de poco más de 1,3 kg de peso se las arreglan para contener más neuronas que las estrellas de una galaxia, cada una interconectada con un millar de otras y descargando impulsos con una frecuencia de 1 millar de veces por segundo y con centenares de proteínas mediando el tránsito atareado en los 100 millones de millones de sinapsis. Es sorprendente que una máquina con tantas partes dinámicas funcione tan impecablemente como suele hacerlo. En comparación, la mama es el más sencillo de los órganos, muchos órdenes de magnitud más simple que el cerebro. Sí a pesar de décadas de investigación intensiva todavía estamos en los albores de la comprensión del cáncer de mama, ¿por qué sorprendernos el que no hayamos resuelto todavía el problema de la esquizofrenia?

Cuando publicamos el DSM-III en 1980, el futuro de la investigación para la psiquiatría parecía brillante y con posibilidades de brindar una rápida ventaja para nuestros pacientes. Hemos tenido grandes esperanzas de que la comprensión profunda y las soluciones prácticas surgieran rápidamente de la conjunción feliz de nuevas herramientas de investigación potentes, financiamiento generoso del National Institute of Mental Health (NIMH) y compañías farmacológicas y de la disponibilidad de un sistema diagnóstico aceptablemente fiable que proporcionó dianas específicas para estudio y tratamiento. Muy pronto, las revistas científicas estaban llenas de hallazgos aparentemente interesantes sobre la genética de las enfermedades mentales y estaban decoradas con hermosas fotografías que supuestamente mostraban el mal funcionamiento del cerebro en los diferentes trastornos mentales.

El NIMH estaba en el centro del entusiasmo de la neurociencia, calificando la década de 1990 como la «década del cerebro» y apostando la casa a un programa biológico reducido para reemplazar lo que previamente había sido una agenda más equilibrada de investigación no sólo en ciencias básicas, sino también en los tratamientos y los servicios de salud.

En efecto, el NIMH se convirtió en un «instituto del cerebro» más que en un «instituto de la salud mental». Sus esfuerzos han logrado producir una ciencia maravillosa, pero no han logrado ayudar a los pacientes. El cerebro ha revelado sus secretos de la psicopatología en paquetes frustrantemente pequeños, muchos de los cuales no se reproducen y ninguno de ellos ha tenido la suficiente potencia para generar una prueba diagnóstica o un avance en el tratamiento que realmente mejore el ejercicio clínico.

Es comprensible la frustración creciente del NIMH a causa de esta falta de avance y correctamente ha decidido cambiar al nuevo camino de investigación del RDoC que se describe en el artículo de Cuthbert (1). En vez de continuar estudiando las categorías desesperadamente heterogéneas de los trastornos mentales del DSM, enfocará en cambio su atención en las dimensiones mucho más sencillas del funcionamiento mental esperando que estas generen respuestas biológicas más claras.

Aunque la estrategia del RDoC es lógica y necesaria, la forma en que recientemente se anunció al público fue malamente confusa –mal dirigida y en un momento muy poco oportuno y dañando la credibilidad tanto del NIMH como el ejercicio de la psiquiatría clínica–. Apenas tres semanas antes de la publicación del DSM-5 apareció un comunicado de prensa provocativo y ampliamente difundido en el que el NIMH explícitamente descartaba todo diagnóstico psiquiátrico existente y en cambio ofrecía el RDoC como un enfoque alternativo mejor, de base biológica. Esta promesa excesiva e imprudente sobre el futuro pasaba por alto alegremente las sensatas enseñanzas del pasado y las necesidades patentes de nuestros pacientes en el presente. En la grandilocuencia del comunicado de prensa del NIMH se perdía de vista el hecho de que el RDoC no tiene absolutamente nada que ofrecer en el presente, excepto una herramienta de investigación no puesta en prueba. El RDoC casi seguro no brindará nada de importancia práctica en este próximo decenio. Supongo que consistirá en un lento y largo esfuerzo de pasos pequeños, más caracterizados por frustrantes callejones sin salida que por cualquier avance considerable.

Es cierto que la psiquiatría descriptiva (según se plasma tanto en el DSM como

en la ICD) tiene especificidad limitada y casi ninguna potencia explicativa, pero el hecho persiste que en la actualidad es el único enfoque útil para el diagnóstico psiquiátrico y sigue siendo esencial y sorprendentemente útil en el ejercicio clínico. Tomemos como ejemplo la «esquizofrenia». Nuestro constructo actual claramente es una pesadilla de investigación: heterogéneo, imbricación con vecinos cercanos, sin evolución o respuesta al tratamiento congruente y sin ningún patrón claro de hallazgos de genes o cerebrales. Tarde o temprano resultará que esta vía descriptiva común final –«esquizofrenia»– probablemente tiene centenares de causas diferentes y exigirá docenas de diferentes tratamientos. Sin embargo, por ahora, «esquizofrenia» documenta bastante al ejercicio clínico y el RDoC no tiene ningún reemplazo para ella.

Por otra parte, es un mito peligroso presuponer que los pacientes que cumplen criterios para el diagnóstico de «esquizofrenia» padezcan sólo una enfermedad del cerebro. Las fuerzas contextuales desempeñan un papel importante en el inicio de la esquizofrenia y muy a menudo son los elementos más decisivos en su tratamiento satisfactorio. Un ambiente de apoyo, un lugar decente donde vivir y la participación terapéuticamente fomentada en actividades escolares, laborales y sociales son ahora y siempre serán elementos esenciales absolutos.

El NIMH ha tenido su atención tan distraída por los sueños gloriosos de una revolución en la investigación futura que ha perdido contacto por completo con el sufrimiento desesperado de pacientes esquizofrénicos en el presente. No presta atención y no asume ninguna responsabilidad por el lío que existe en la atención a la salud mental en Estados Unidos. Durante los mismos 50 años en que hemos presenciado una revolución en la investigación de las ciencias básicas, Estados Unidos han clausurado un millón de camas de hospitales psiquiátricos. Sin embargo, al haber proporcionado demasiada escasa atención y alojamiento en la población, nos hemos visto forzados a abrir un millón de camas en prisiones para pacientes psiquiátricos que fueron arrestados por delitos perturbadores, evitables si hubiesen recibido servicios sociales adecuados y alojamiento. Estos pacientes están sufriendo considerablemente no tanto por la falta

de conocimiento sobre cómo atenderlos sino por la falta de atención y recursos inadecuados. Los pacientes con enfermedades psiquiátricas graves están peor en los Estados Unidos que en otros países desarrollados y su encarcelamiento al por mayor es una regresión a la barbarie de hace dos siglos.

Mientras tanto, el NIMH se ha quedado silenciosamente al margen ignorando esta «transinstitucionalización» vergonzosa. Debiera, pero no lo hace, sentir una fuerte responsabilidad por

mejorar las vidas de nuestros pacientes ahora mismo –en todas las múltiples formas concretas que ya tenemos disponibles si tan sólo hubiese financiación adecuada para ellas–. El NIMH debiera abogar en el Congreso por los pacientes, no sólo por su propio presupuesto para investigación. Y el presupuesto del NIMH para investigación debiera apoyar una agenda equilibrada en toda la gama –del laboratorio al tratamiento y del tratamiento a los servicios de atención a la población–.

Las apuestas a la investigación del cerebro ciertamente son necesarias para un mejor futuro, pero no debieran dominar tan completamente sobre la necesidad actual.

Bibliografía

1. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014;13:28-35.

DOI 10.1002/wps.20102

Camino que no lleva a ninguna parte

GIOVANNI A. FAVA

Affective Disorders Program, Department of Psychology, University of Bologna, Bologna, Italy

B. Cuthbert presenta un modelo cuyo propósito es integrar la neurociencia y la psicopatología, que puede generar mejoras en la evaluación y en el resultado del tratamiento (1). La afirmación de que este enfoque es sustancialmente diferente a los aprobados en las últimas décadas, que no pudieron producir pruebas biológicas que se pudiesen utilizar sistemáticamente en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales (2). Sin embargo, no se dispone de hallazgos preliminares que indiquen que este sea el caso, ni ejemplos clínicos de la utilidad de este modelo. De hecho, surgen una serie de problemas.

El modelo aprueba un enfoque «general»: se utilizan todos los posibles aspectos biológicos y conductuales medibles, aun cuando puedan tener un carácter muy redundante, bajo la premisa engañosa de que nada se pasará por alto con tal estrategia y que automáticamente surgirán sistemas de clasificaciones innovadores. Por el contrario, es muy posible que ocurran resultados conflictivos y que los hallazgos sean difíciles de interpretar.

El modelo claramente es el reflejo de una crisis intelectual en psiquiatría, que se puede atribuir a una disminución de la observación clínica como la fuente de dificultades científicas fundamentales (3). Como lo observó Feinstein, en medicina clínica, «todas las ideas académicamente fundamentales provienen de otra parte, y los médicos al parecer no tienen nada importante que contribuir

más allá de su trabajo de aplicar las ideas básicas» (4). Las neurociencias han exportado su modelo conceptual hacia la psiquiatría mucho más que servir de herramienta de investigación para resolver las cuestiones abordadas por el ejercicio clínico.

Los principales retos clínicos se quedan sin una investigación independiente apropiada financiada por fuentes públicas. Por ejemplo, es insuficiente la investigación sobre el problema frecuente y complejo de la pérdida de los efectos clínicos durante el tratamiento antidepresivo a largo plazo, lo que comprende la exploración de sus correlaciones neurobiológicas, pese a las repercusiones prácticas de lo que la investigación en este campo conllevaría (5). Otro ejemplo es que los fármacos antidepresivos se han vuelto cada vez más difundidos como tratamiento de primera opción de los trastornos por ansiedad, pese a la falta de alguna evidencia científica que respalde su superioridad (6). K. Rickels, el padre de la farmacoterapia moderna de los trastornos por ansiedad, se pregunta si alguna vez alguna fuente pública financiará un estudio específico que investigue la eficacia comparativa y la reactividad diferente de los fármacos antidepresivos más nuevos frente a las benzodiazepinas (7). En el mismo tenor, un comentario editorial en *Nature* (8) juzgó los estudios sobre tratamientos psicológicos como «escandalosamente infrafinanciados», pese a su «potencial para contribuir de manera sustancial a los pacientes». Llega a la conclusión de que «muchos organismos proveedores de fondos en todo el mundo están sumamente dispuestos a respaldar

sólo la investigación mecanicista con posibles ventajas a largo plazo, y demasiado no dispuestos a apreciar que parte de su cartera debiera orientarse hacia la identificación de intervenciones psicológicas inmediatamente eficaces» (8).

En 1967, A. Feinstein (9) instó a los profesionales clínicos a desarrollar su propia «ciencia básica» –estudiar directamente los fenómenos clínicos, especificar la importancia de diferentes tipos de datos clínicos, crear sistemas apropiados de taxonomía, clasificar la información y desarrollar modelos intelectuales y métodos pragmáticos que expliquen con detalle el proceso clínico y utilicen los resultados para análisis cuantificados–. Tal línea de investigación, que a menudo se engloba bajo la rúbrica de clinimétrica, se ha descuidado (10). El hecho de que los clínicos que hojean un número de una revista ya no puedan encontrar ningún artículo relevante a su ejercicio clínico es una consecuencia directa de tal negligencia.

El fiarse exclusivamente en criterios diagnósticos ha empobrecido el proceso clínico y no refleja el pensamiento complejo que subyace a las decisiones en el ejercicio psiquiátrico (10). La psicopatología y el criterio clínico se descartan como métodos no científicos y obsoletos. Sin embargo, en su ejercicio cotidiano, los psiquiatras utilizan la observación, la descripción y la clasificación, ponen a prueba hipótesis explicativas y formulan decisiones clínicas. Al evaluar si un paciente necesita hospitalización (o puede darse de alta), al decidir si un paciente necesita tratamiento (y en tal caso de cuál tipo) y al planear un esquema de consultas de seguimiento o inter-

venciones, el psiquiatra utiliza nada más que la ciencia de la psicopatología y el criterio clínico. La perspectiva clinimétrica proporciona un hogar intelectual para la reproducción y la normalización de las intuiciones clínicas, como la subtipificación y la estadificación (10). Una gran cantidad de investigación clínica es derivativa: los métodos se suelen aplicar en estudios clínicos simplemente porque ya se dispone de ellos. Si el problema clínico en sí no está bien definido, el foco de la investigación neurobiológica se dirige al esfuerzo aleatorio y al malentendido.

Engel (11) identificó la característica clave de la ciencia clínica como su atención explícita al lado humano, en la que la observación (visión externa), la introspección (visión interna) y el diálogo (entrevista) son la triada metodológica básica para la valoración clínica y para lograr que los datos del paciente sean científicos. La exclusión de esta interacción por la adhesión continuada de la ciencia médica a un punto de vista del mundo científico del siglo XVII hace que este enfoque sea no científico. A diferencia de la física del siglo XX, «el dominio humano se ha excluido de la accesibilidad a la investigación científica, o bien, ha sido necesario ajustar el enfoque científico de los fenómenos

humanos a las cuestiones reduccionistas, mecanicistas y dualistas del paradigma biológico» (11). Esta ideología restrictiva caracteriza a los Criterios de Dominio de Investigación. Es tiempo de reemplazar la popularidad de moda de las estrategias desarrolladas fuera de la psiquiatría con investigación creativa basada en los esclarecimientos del criterio clínico.

Un problema importante en el desarrollo del proyecto Criterios de Dominio de Investigación ha sido el hecho de que su potente aprobación ideológica por los personajes directivos del National Institute of Mental Health ha dado lugar a la supresión de un debate adecuado. ¿Cuántos investigadores que probablemente solicitarán financiación al organismo pueden darse el lujo de revelar que el emperador está desnudo y que la estrategia puede ser un camino que no lleva a ninguna parte?

Bibliografía

1. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD-DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014;13:28-35.
2. Kapur S, Phillips AG, Insel TR. Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do

- about it? *Mol Psychiatry* 2012;17:1174-9.
3. Fava GA. The intellectual crisis of psychiatric research. *Psychother Psychosom* 2006;75:202-8.
4. Feinstein AR. The intellectual crisis in clinical science. *Persp Biol Med* 1987; 30: 215-30.
5. Fava GA, Offidani E. The mechanisms of tolerance in antidepressant action. *Progr Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2011;35:1593-602.
6. Offidani E, Guidi J, Tomba E et al. Efficacy and tolerability of benzodiazepines versus antidepressants in anxiety disorders. *Psychother Psychosom* 2013;82: 355-62.
7. Rickels K. Should benzodiazepines be replaced by antidepressants in the treatment of anxiety disorders? *Psychother Psychosom* 2013; 82:351-2.
8. Editorial. Therapy deficit. Studies to enhance psychological treatments are scandalously under-supported. *Nature* 2012; 489:473-4.
9. Feinstein AR. *Clinical judgment*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1967.
10. Fava GA, Rafanelli C, Tomba E. The clinical process in psychiatry: a clinimetric approach. *J Clin Psychiatry* 2012;77:173-8.
11. Engel GL. How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? *Psychother Psychosom* 1992;57:3-16.

DOI 10.1002/wps.20108

¿El único o uno de muchos? Un comentario sobre el proyecto RDoC

NORMAN SARTORIUS

Association for Improvement of Mental Health
Programmes, Geneva, Switzerland

Siempre es una sorpresa y un placer ver una coincidencia significativa en la ciencia y la medicina, como en la publicación del artículo por B. Cuthbert (1) en el centenario de la primera edición del trabajo monumental de Karl Jaspers sobre la psicopatología (2). H. Helmchen (3) llamó el libro de Jaspers «la conciencia metodológica de la psiquiatría» por un motivo que es directamente relevante para el enfoque del RDoC que describe Cuthbert: Jaspers recomendaba un enfoque descriptivo claramente definido desde el punto de vista metodológico así como interpretativo de la totalidad de los fenómenos psicopatológicos observados

en sus contextos psicológico, biológico y social y a la luz de sus consecuencias.

Cuthbert señala que el objetivo del enfoque del RDoC es «desarrollar para fines de investigación nuevas formas de clasificar los trastornos mentales basándose en dimensiones de conducta observable y criterios neurobiológicos». Si bien la exploración detallada de la dimensiones de la conducta así como la utilidad de los criterios neurobiológicos en el estudio del funcionamiento mental son ambos enfoques elogiados, la meta final del proyecto RDoC no necesita atención adicional y más minuciosa: ¿Se trata el RDoC de desarrollar una clasificación para la investigación que será diferente a la clasificación de los trastornos mentales para el trabajo clínico? ¿De alguna otra clasificación que se reco-

mendará para utilizar en la capacitación de diferentes categorías de personal en los servicios de salud mental? ¿Y esta clasificación basada en el RDoC será la única que tendrá que utilizarse al solicitar becas de una de las fuentes no comerciales más importantes de apoyo a la investigación en psiquiatría? El ejercicio clínico que opera con el diagnóstico basado en los síntomas que surgen de la observación y los informes de los pacientes en todos los campos de la medicina ha sido una fuente de inspiración para los investigadores: ¿será posible que las ideas obtenidas en el campo clínico utilizando el diagnóstico se transfieran a las hipótesis cuya confirmación se basará en las matrices del RDoC?

Y el enfoque del RDoC, si se entiende de esta manera, también plantea la cues-

tión sobre la mejor manera de satisfacer el requisito establecido por Jaspers de que no sólo debiéramos describir sino tratar de entender e interpretar el significado de los componentes de la psicopatología en su contexto social, biológico y psicológico. El estudio de las dimensiones y su dimensión son sólo el inicio del proceso de acercarse a la creación de prototipos significativos que correspondan a individuos en su contexto. Cabe esperar que el proyecto del RDoC haya previsto una manera de hacer esto, comenzando con ello en paralelo a la adquisición de datos en torno a los dominios de investigación.

Otra cuestión que debe tenerse presente es el énfasis en la recopilación de datos concernientes a los dominios que se han definido sobre la base de un consenso de un número limitado de expertos que se reunieron en 2009. El consenso al cual llegaron dio pauta al trabajo de cinco seminarios que tuvieron lugar después de la primera reunión a fin de definir las dimensiones que se incluirían en el dominio, proporcionar definiciones de estas dimensiones y especificar elementos que se pudiesen utilizar para caracterizar cada dimensión. Es posible que otro grupo de expertos hubiese seleccionado otra serie de dominios que habrían orientado la investigación hacia otra dirección. Esto es muy cierto sobre todo en el caso del dominio de «sistemas para procesos sociales» pero también es aplicable, posiblemente en menor grado, a los dominios de los «sistemas de valencia positiva» y los «sistemas de valencia negativa». Los participantes en el seminario también «nominaron y aprobaron» las diversas clases de medición. No hay nada básicamente erróneo con este enfoque, a menos

que al trabajar en esta dirección se utilice todos los recursos disponibles y el enfoque se convierta en el tema dominante para el National Institute of Mental Health, que ha sido un protagonista muy importante en la gobernanza de la investigación y su orientación no sólo en Estados Unidos sino a nivel mundial. Otro grupo podría tal vez escoger una diferente serie de dominios, que contenga una serie diferente de dimensiones, posiblemente más útiles: debiera haber espacio y apoyo para tal proyecto. Por consiguiente, será importante recordar que la premisa básica del proyecto RDoC es el consenso de un grupo relativamente pequeño de expertos en torno al campo que se debiera explorar.

Una tercera cuestión importante que no se aborda explícitamente en el excelente artículo que Cuthbert ha escrito es el de medir el desarrollo de las unidades de análisis en función del tiempo. Los indicadores fisiológicos relacionados con la «amenaza aguda» y cualquier otra dimensión incluida en el RDoC se modifican con el tiempo, y el perfil longitudinal de este cambio podría ser tan revelador como su correlación con otros factores y características del individuo. Para captar la repercusión de estos factores, probablemente sería útil construir una matriz tridimensional que implique dominios, maneras de investigación y edad, género y otras características de las personas cuyas dimensiones están midiendo, todo esto a lo largo del eje del tiempo y el desarrollo longitudinal del fenómeno.

El mismo razonamiento se aplica, en una forma un poco diferente, a la decisión para evitar financiar investigación que se basará en las categorías diagnósti-

cas del DSM o la ICD. La investigación que utiliza categorías creadas con base en las observaciones de la conducta y en la evolución cronológica del trastorno tiene la misma justificación que otros enfoques. Las categorías diagnósticas nunca han sido más que hipótesis sobre la naturaleza del trastorno que atienden los médicos que ejercen. Estas hipótesis se deben seguir explorando y sus definiciones deben seguir cambiando con el tiempo y a la luz de la información sobre la respuesta de los trastornos al tratamiento, sobre el resultado a largo plazo y sobre las estructuras y las funciones del cerebro registradas por métodos modernos.

En resumen, debiéramos felicitar al National Institute of Mental Health y agradecerle por decidir financiar trabajo que proceda a lo largo de un nuevo camino de investigación bien definido esperando que al mismo tiempo esta desviación no bloquee la financiación de formas alternativas de estudiar la conducta humana y su fundamento en la salud y en la enfermedad.

Bibliografía

1. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014;13:28-35.
2. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer, 1913.
3. Helmchen H. Psychopathology and the social context. Presented at the Symposium "One hundred years of Karl Jaspers' General Psychopathology", Berlin, October 2013.

DOI 10.1002/wps.20103

Un enfoque integrador del diagnóstico y la investigación en psiquiatría

DAN J. STEIN

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

Se ha prestado mucha atención a las revisiones de los sistemas de clasificación psiquiátrica. No obstante, sigue habiendo una insatisfacción importante con la nosología. Desde la perspectiva de la neurociencia, los criterios diagnósticos no han logrado incorporar datos neurobiológicos

y un enfoque en «las dimensiones conductuales basadas en circuitos» (1) mejorará el diagnóstico. Desde una perspectiva más crítica, dado que los trastornos psiquiátricos no representan entidades nosológicas válidas (1) el diagnóstico meramente medicaliza problemas de la vida.

Estos debates específicos hacen eco a debates más extensos sobre la clasificación en medicina, en los cuales muchos resaltan nociones de enfermedad, adu-

ciendo que los profesionales clínicos deben ser científicos que comprendan la fisiología, en tanto que otros resaltan la importancia de la experiencia de enfermedad, señalando que los profesionales clínicos deben ser humanistas que comprendan el sufrimiento (2). Una medicina en psiquiatría integradora supuestamente reconoce cada uno de estos aspectos de ser un buen diagnosticador e investigador (3,4).

Desde una perspectiva integradora, es necesario el trabajo continuado en los sistemas nosológicos para optimizar la validez diagnóstica y la utilidad. En la medida en que el modelo de RDoC conduzca a una investigación que permita tal progreso, debiera apoyarse. Sin embargo, me preocupa que muchos críticos del DSM-5 y la ICD-11 puedan tener expectativas demasiado altas de los sistemas diagnósticos. En tanto que el modelo del RDoC establece metas no previstas para la nosología, es necesario tener cautela. Sobre esta base, resaltaría los siguientes aspectos.

En primer lugar una meta clara de la clasificación médica y psiquiátrica es la utilidad clínica, que sólo en parte se relaciona con la fisiopatología subyacente. En medicina, el diagnóstico de un síndrome como la insuficiencia cardíaca puede proporcionar escasa información sobre la causa precisa, pero no obstante ayudar como guía al tratamiento (5). En psiquiatría, muchas entidades son sindrómicas. Si bien los síndromes pueden tener múltiples causas, límites vagos y falta de biomarcadores, también tienen utilidad clínica.

Se puede aducir en respuesta que gran parte de la medicina se enfoca en entidades de base etiológica específica, por ejemplo, la neumonía por virus. La psiquiatría también tiene enfermedades específicas, como la psicosis debida a neurosífilis. Sin embargo, estas excepciones demuestran la regla. Muchos diagnósticos en medicina y psiquiatría reflejan el hecho de que los pacientes presentan síntomas abigarrados respaldados por múltiples mecanismos (6). Algunos casos de hipertensión, cefalea y depresión se deben a una sola variante de gen o a otras fisiopatologías circunscritas; la mayor parte reflejan múltiples influencias.

En segundo lugar, dado que múltiples mecanismos desempeñan un papel en la génesis de los signos y síntomas psiquiátricos, el destacar cualquier criterio de validación diagnóstico específico, como «dimensiones conductuales basadas en circuitos», tiene ventajas tanto como desventajas. La ciencia ha progresado desde la descripción de Hipócrates de los «humores» hasta las teorías de las bases de valencia positiva y negativa de los neurocircuitos, pero es posible que de aquí a un siglo los conceptos de circuito se consideren rudimentarios. Por otra parte, el constructo de la depresión

que está basado en varios otros criterios de validación, puede continuar resonando con cones de descripciones clínicas.

El DSM-5 distingue entre la ansiedad y los trastornos obsesivos-compulsivos relacionados en parte con base en los diferentes neurocircuitos que fundamentan estos trastornos. Sin embargo, también hay sólidos razonamientos para conglomerar estos trastornos sobre la base de consideraciones como la respuesta a los inhibidores de la recaptación de serotonina y la psicoterapia cognitivo-conductual (7). Debemos aceptar que los sistemas diagnósticos no pueden ser rígidos. Más bien, los hechos y los valores deben revalorarse continuamente, para tratar de optimizar las clasificaciones.

En tercer lugar, dados los múltiples mecanismos subyacentes a las manifestaciones psiquiátricas y las múltiples consideraciones relevantes a las decisiones de tratamiento, debemos tener cautela en nuestra expectativa de que los criterios diagnósticos o umbrales finalmente se basen en dimensiones de la conducta o marcadores biológicos. Las evaluaciones simples, como la medición de la presión arterial o la exploración del estado mental en medicina y psiquiatría pueden proporcionar información importante. Aun así, tal información es parcial. En medicina y psiquiatría, el decidir con respecto a si es conveniente y de qué manera intervenir necesariamente exige una evaluación compleja de una gama de factores, entre ellos, comprender la función de los síntomas, su contexto social y los riesgos frente a las ventajas del tratamiento.

Una serie de factores a veces omitidos por los críticos de la nosología surge desde una perspectiva de la salud pública. Las clasificaciones psiquiátricas se enfocan en trastornos individuales, en los que los «endofenotipos» subyacentes pueden ser relevantes. Sin embargo, puede tener la misma importancia considerar los «exofenotipos», es decir, los fenómenos sociales, como la violencia interpersonal, que contribuyen de manera decisiva a la morbilidad (8). Por otra parte, las decisiones en torno a los umbrales para la intervención psiquiátrica pueden necesitar incluir no sólo hechos sobre los mecanismos neurobiológicos subyacentes, sino también consideraciones como la rentabilidad de intervenciones específicas.

Dado que el modelo del RDoC fomenta la investigación en una amplia

gama de fenómenos y mecanismos, es difícil ser demasiado crítico. Al adoptar un enfoque transferible que comprende diferentes niveles de investigación, el RDoC bien puede contribuir a avanzar la medicina personalizada. Aun así, debemos tener cautela de los testafierros médicos, como el médico que se fía únicamente de pruebas de laboratorio para determinar diagnósticos o el especialista en salud pública que erradica los microorganismos patógenos utilizando intervenciones simples como el lavado de manos. No importa cuántos dólares se invierta en la neurociencia conductual, es posible que tengamos que aceptar que hay escasos biomarcadores diagnósticos para los trastornos psiquiátricos, y pocas mallas de mosquito para combatirlos (9).

De hecho, dada la complejidad de la medicina, la psiquiatría proporciona una serie de enfoques que vale la pena emular. En consecuencia, un médico que atiende a un paciente con cefalea debe tener la capacidad, después de un interrogatorio y una exploración física minuciosos, de diagnosticar un síndrome de cefalea específico. De hecho, la clasificación de la cefalea adopta una clasificación similar a la del DSM (10). Acto seguido, basándose en el conocimiento de la neurociencia así como en otra gama de consideraciones, se puede optar por una u otra intervención. Del mismo modo, un médico que atiende un problema de salud pública complejo, como el abuso de sustancias, sabe que las causas son complejas, que necesita una serie de respuestas (y que, al igual que en gran parte de la psiquiatría, no hay una malla contra mosquitos).

En el futuro previsible, un enfoque integrador del diagnóstico y la investigación en psiquiatría debe incorporar DSM/ICD, RDoC y una amplia gama de otros constructos.

Bibliografía

1. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014;13:28-35.
2. Kleinman A. Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience. New York: Free Press, 1988.
3. Stein DJ. Philosophy and the DSM-III. *Compr Psychiatry* 1991;32:404-15.
4. Stein DJ. The philosophy of psychopharmacology: happy pills, smart pills, pep

- pills. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
5. Nesse RM, Stein DJ. Towards a genuinely medical model for psychiatric nosology. *BMC Med* 2013;10:5.
 6. Kendler KS. Levels of explanation in psychiatric and substance use disorders: implications for the development of an etiologically based nosology. *Mol Psychiatry* 2011;17:11-21.
 7. Stein DJ, Fineberg NA, Bienvenu OJ et al. Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V? *Depress Anxiety* 2010;27:495-506.
 8. Stein DJ, Lund C, Nesse RM. Classification systems in psychiatry: diagnosis and global mental health in the time of DSM-5 and ICD-11. *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26:493-7.
 9. Stein DJ. Is there a "mosquito net" for anxiety and mood disorders? *Curr Psychiatry Rep* 2009;11:264-5.
 10. Olesen J. The international classification of headache disorders. *Headache* 2008; 48:691-3.

DOI 10.1002/wps.20104

Conservación de la interfaz clínico-investigador en la era del RDoC: la persistente necesidad de la caracterización de las poblaciones de estudio de acuerdo con el sistema DSM-5/ICD-11

MICHAEL B. FIRST

Columbia University and New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA

Durante los primeros 35 años los clínicos e investigadores en Estados Unidos han utilizado básicamente el mismo sistema diagnóstico para fines de descripción de cuadros sintomáticos de los pacientes.

El tener definiciones diagnósticas comunes tanto para la investigación como para el ejercicio clínico ha tenido una serie de ventajas. Ha hecho posible el traslado de información entre la literatura de investigación clínica cada vez mayor y el ejercicio clínico. Dado que se utilizan los mismos criterios para diagnosticar a los pacientes en ambos contextos, es más fácil transferir los hallazgos de un estudio de investigación al diagnóstico y tratamiento del siguiente paciente que se podría atender en un consultorio. Este enfoque también garantiza una mayor claridad de comunicación dentro y entre campos del ejercicio psiquiátrico. Lo que es más importante, este enfoque facilita el diálogo necesario y la influencia mutua entre profesionales clínicos e investigadores.

Reconociendo la utilidad de los criterios diagnósticos operacionalizados para facilitar la comunicación entre profesionales clínicos e investigadores y mejorar la fiabilidad de la evaluación diagnóstica, en 1980 la American Psychiatric Association adoptó los criterios diagnósticos como la pieza central de la clasificación del DSM-III. Se esperaba que, además de mejorar la valoración clínica,

serían ampliamente adoptados en el ámbito de la investigación.

Ulteriormente, la mayor parte de la literatura de investigación psiquiátrica a partir del DSM-III ha estado coordinada con las categorías del DSM y por tanto ha facilitado su aplicación en el ejercicio clínico. Se esperaba que el refinamiento iterativo de las series de criterios diagnósticos a través de los estudios de validación sucesiva finalmente dilucidara sus causas subyacentes (1,2). Sin embargo, pese a años de investigación intensiva, los investigadores que utilizan el paradigma del DSM no han «logrado identificar un sólo marcador fenotípico neurobiológico para establecer el diagnóstico de un trastorno psiquiátrico importante» (3, p. 33). Si bien gran parte de esta falta de éxito refleja la enorme complejidad y relativa inaccesibilidad del cerebro humano (4), sin duda un factor importante que contribuye es el hecho de que las categorías del DSM son un reflejo insatisfactorio de la naturaleza.

Aunque se ha vuelto cada vez más evidente para los investigadores en los últimos 20 años que las categorías del DSM no representan entidades nosológicas válidas, la hegemonía atrincherada del sistema DSM y la naturaleza conservadora de los procesos de revisión ha llevado a los investigadores a verse presionados para utilizar las categorías del DSM-IV «a fin de satisfacer a la mayor parte de los organismos emisores de becas, revisores y editores de revistas científicas y organizadores de congresos científicos» (5, p. 156).

Una de las principales metas del proyecto RDoC del National Institute of Mental Health es liberar al ámbito de la investigación de los grilletes del sistema categórico DSM/ICD al proporcionar un marco de referencia alternativo para llevar a cabo la investigación en términos de dimensiones de la conducta basadas en circuitos fundamentales. Dada su función como principal organismo gubernamental que financia la investigación psiquiátrica en Estados Unidos, el NIMH está singularmente posicionado para incentivar a los investigadores a adoptar tal marco de referencia y por tanto es probable que la mayor parte de la investigación financiada por el NIMH durante el próximo decenio adopte el modelo del RDoC

Aunque esto tiene el potencial de ser un paso positivo que facilite el desarrollo de la literatura de investigación necesaria «para lograr los enfoques nosológicos innovadores en el futuro que estén basados en genética, otros aspectos de la neurobiología y ciencia conductual», (6) tiene la posible desventaja de impedir la capacidad de los profesionales clínicos para interpretar clínicamente tal investigación y aplicarla a sus pacientes, cuyos cuadros clínicos posiblemente continuarán en el futuro previsible considerándose en términos de las categorías de tipo DSM/ICD.

De hecho, uno de los impulsos centrales del RDoC es desalentar la utilización de los constructos sindrómicos del DSM/ICD por los investigadores en el diseño de investigación o en la selección de los sujetos de estudio, excepto hasta donde sea necesario durante esta «transi-

ción» en el ámbito de la investigación del DSM/ICD al RDoC. Como lo señala Cuthbert, muchos si no es que la mayor parte de los síntomas que forman la base de la valoración psiquiátrica según el DSM y del tratamiento no aparecen en la matriz del RDoC, lo que imposibilita a los profesionales clínicos relacionar los estudios de investigación con temas del RDoC.

Así que ¿qué se puede hacer para mitigar esta situación? Aunque en su artículo Cuthbert una y otra vez analiza la necesidad de una «transición» del DSM/ICD al RDoC y da recomendaciones concretas para la forma en que esto puede realizarse (por ejemplo, incorporando «diversas combinaciones de constructos de RDoC y categorías de trastorno del DSM/ICD en los experimentos»), según Cuthbert, tales diseños de investigación «transicionales se deben considerar mejor como heurística temporal para un número limitado de estudios».

En vez de considerar la retención de elementos del sistema DSM/ICD como una heurística que se retirará progresivamente tan pronto como sea posible, debiera ser una parte necesaria de cualquier proyecto de investigación orienta-

do según el RDoC para proporcionar enlaces o encrucijadas entre el diseño del RDoC y las clasificaciones del sistema DSM/ICD. Como mínimo, las poblaciones de estudios utilizadas en los protocolos con temas del RDoC también deberían describirse en términos de los diagnósticos de DSM-5/ICD-11, si no es por ninguna otra razón que proporcionar una piedra de toque al profesional clínico para que aprecie los tipos de sujetos incluidos en el estudio.

Por ejemplo, de acuerdo con Cuthbert, un «diseño prototípico del RDoC... incluiría a sujetos con una amplia gama de funcionamiento normal a alterado con respecto a los constructos dimensionales de interés». Sería relativamente sencilla la valoración diagnóstica de estos sujetos, no para los fines del diseño experimental sino para caracterizar la población de estudio en términos comprensibles por los profesionales clínicos.

Sólo mediante la construcción explícita de puentes entre los sistemas DSM/ICD y RDoC puede continuar la psiquiatría promoviendo algún nivel de comunicación e interacción entre profesionales clínicos e investigadores.

Bibliografía

1. Robins E, Guze S. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *AmJ Psychiatry* 1970;126:983-7.
2. Spitzer R, Williams J. Having a dream: a research strategy for DSM-IV. *Arch Gen Psychiatry* 1988;46:959-60.
3. Charney D, Barlow D, Botteron K et al. Neuroscience research agenda to guide development of a pathophysiologically based classification system. In: Kupfer D, First M, Regier D (eds). *A research agenda for DSM-V*. Washington: American Psychiatric Association, 2002:31-84.
4. Hyman S. Mental illnesses: genetically complex disorders of neural circuitry and neural communication. *Neuron* 2000;28:321-3.
5. Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annu Rev Clin Psychol* 2010;27:155-79.
6. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014;13:28-35.

DOI 10.1002/wps.20107

RDoC+: tomando seriamente la transferencia

KENNETH W.M. FULFORD

University of Oxford, Oxford, UK

El artículo de Cuthbert proporciona una introducción útilmente detallada al modelo RDoC para asimilar los hallazgos neurocientíficos, con el propósito, en última instancia, de una transferencia más eficaz de la investigación a la práctica (1). En este comentario, daré un paso atrás con respecto a los detalles para analizar la teoría que sustenta al RDoC y las implicaciones de esa teoría para los objetivos de transferencia del RDoC.

La teoría que sustenta al RDoC es que los trastornos mentales son análogos a los trastornos en otros campos de la medicina como la cardiología. Cuthbert, por ejemplo, compara las dimensiones del RDoC con (la también dimensional) hipertensión (1). Insel, también, hace referencia a la analogía en diferentes puntos de su blog en que introduce el RDoC como Director del National Institute of Mental Health

(NIMH). «Imagínense –escribe, haciendo alusión específica a la deficiencia del DSM de transferir la investigación a la práctica– decidir que los electrocardiogramas no fueran útiles porque muchos pacientes con dolor torácico no tuviesen cambios en el ECG» (2).

La implicación, entonces, es que al enfocarse en los mecanismos patológicos, el RDoC adopta la analogía con la medicina más seriamente que el DSM. No obstante, la inquietud es que en el mismo sentido el RDoC corre el riesgo de descuidar el lado sintomático de la teoría. La medicina desde luego se ocupa igualmente de los síntomas y de los mecanismos subyacentes. Por consiguiente, el descuidar cualquier lado de la teoría, descuidar los síntomas o los mecanismos, podría resultar igualmente funesto para la transferencia eficaz de la investigación a la práctica.

Para ser claros, la inquietud aquí no es que los síntomas (construidos ampliamente) realmente se excluyan del RDoC. Es cierto, los síntomas especifi-

cos en los cuales se basa el DSM no están en el RDoC (1). Sin embargo, «la conducta observable» se incluyó en la breve estrategia original del NIMH; los síntomas están cubiertos en el propio RDoC respectivamente mediante «autoinformes» y «conducta»); la psicopatología está anunciada en el títulos del comentario de Cuthbert; y, como lo indica Cuthbert (1), «las alteraciones que los pacientes experimentan en sus vidas» fueron importantes en el desarrollo del modelo del RDoC. Así que la inquietud no es que los síntomas se hayan excluido, sino más bien que, en comparación con los mecanismos, el RDoC corre el riesgo de no tomarlos con la suficiente seriedad.

En consecuencia, los ejemplos de Cuthbert –recompensa, amenaza y memoria (1)– aunque ciertamente muestran la utilidad de la comprensión más precisa de los síntomas así como de los mecanismos cerebrales, todos consideran aspectos relativamente directos de la subjetividad en comparación con las

sutilezas de elementos básicos del trastorno mental tales como creencia, percepción, volición y emoción. Asimismo, Insel en su alusión a los electrocardiogramas, escribe como si la cardiopatía se diagnosticase clínicamente por el dolor torácico como tal, en tanto que es específicamente el dolor anginoso el que es diagnóstico de cardiopatía, el cual, de hecho, puede no ocurrir en el tórax sino en la garganta o en el brazo izquierdo. De nuevo, Cuthbert es muy consciente de las complejidades de la subjetividad. La inquietud es que, en comparación con los mecanismos, estas complejidades no logran introducirse en los encabezamientos del RDoC. Las unidades de análisis relevantes, de hecho, los «autoinformes» y las «conductas» –si las listas de instrumentos dadas en los informes del seminario de dominios del NIMH representan alguna guía– se basan considerablemente en cuestionarios y en escalas de evaluación no diferentes en principio de aquellas en las cuales originalmente se basó el propio DSM. Así que, básicamente con nada nuevo por el lado de los síntomas en el RDoC, hay un claro riesgo de que también, al igual que el DSM, no logre respaldar la transferencia efectiva de la investigación a la práctica (3).

Por otra parte, Cuthbert resalta que el RDoC es un modelo inclusivo, no exclusivo. Se medirá, dice, «por el número de programas de investigación que dejen atrás la matriz del RDoC para desplazarse en direcciones enteramente nuevas» (1). Desde el punto de vista científico, esta nota promisorio hacia un RDoC+, como podría llamarse, tal vez sea la declaración más importante del artículo de Cuthbert. El progreso de la ciencia, como lo señaló el filósofo de la ciencia Karl Popper (4), depende de integrar conjeturas imaginadas con las disciplinas de ensayo mediante experimento. La investigación en ciencias sociales ha identificado condiciones

similares para la creatividad (5). Es precisamente esta combinación vital de imaginación y experimento que respaldará un RDoC abierto e inclusivo de la clase que prevé Cuthbert.

Si el RDoC no logra cumplir esta nota promisorio, no será por falta de recursos. Hay una serie variable de nuevas ciencias de la mente que se podrían añadir al RDoC enfocado en la neurociencia para obtener un RDoC+ enriquecido en síntomas. Entre estas nuevas ciencias de la mente, en este centenario de la *Psicopatología General* de Karl Jaspers, ocupa un lugar prominente la importancia continuada de la fenomenología (6). Cuthbert tiene razón en descartar la «fenomenología meramente descriptiva» (1) del DSM. Sin embargo, hay otras fenomenologías más clínicamente realistas disponibles para un RDoC+. Entre estas, «la fenomenología naturalizada» (7) conecta la fenomenología filosófica de una manera imperceptible con todos los recursos de la ciencia cognitiva, la cual, a su vez, como claramente lo sabían Cuthbert y otros que participaron en la planeación del RDoC (cita 9 en 1), proporciona un puente natural a las neurociencias (8). Por otra parte, estos recursos en conjunto respaldan los enfoques computacionales de la psicopatología (9) que son directamente conformables a la estructura dimensional del modelo RDoC y la «medicina de precisión» (1) que pretende fomentar.

En su libro *Los Primeros Tres Minutos*, el físico teórico galardonado con el Premio Nobel Stephen Weinberg advierte que en la ciencia «nuestro error no es que tomemos muy seriamente nuestras teorías, sino lo que hacemos para no darles la suficiente seriedad» (10). Al reequilibrar los síntomas con los mecanismos, el RDoC adopta con más seriedad que el DSM la analogía entre los trastornos mentales y los trastornos en otros

campos de la medicina, como la cardiología. Tomar la analogía con la suficiente seriedad para la transferencia satisfactoria de la investigación a la práctica significa añadir al RDoC los recursos de las nuevas ciencias de la mente.

Bibliografía

1. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014;13:28-35.
2. Insel TR. Transforming diagnosis. www.nimh.nih.gov.
3. Fulford KWM. From RDC to RDoC: a history of the future? <http://blog.oup.com>.
4. Popper K. *Conjectures and refutations: the growth of scientific knowledge*. London: Routledge, 2004.
5. Fulford KWM, Davies M, Gipps R et al. The next hundred years: watching our Ps and Q. In: Fulford KWM, Davies M, Gipps R et al (eds). *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2013:1-11.
6. Maj M. Introduction: the relevance of Karl Jaspers' General Psychopathology to current psychiatric debate. In: Stanghellini G, Fuchs T (eds). *One century of Karl Jaspers' General Psychopathology*. Oxford: Oxford University Press, 2013: xxiv-viii.
7. Zahavi D. Naturalized phenomenology. In: Schmicking D, Gallagher S (eds). *Handbook of phenomenology and cognitive science*. Dordrecht: Springer, 2010: 2-19.
8. Broome M, Bortolotti L (eds). *Psychiatry as cognitive neuroscience: philosophical perspectives*. Oxford: Oxford University Press, 2009.
9. Fulford KWM, Broome M. Computational psychopathology: do it now! <http://blog.oup.com>.
10. Weinberg S. *The first three minutes: a modern view of the origin of the universe*. New York: Basic Books, 1977.

DOI 10.1002/wps.20106

Combinación de psicoterapia con medicación antidepresiva en la depresión y los trastornos por ansiedad: un metaanálisis

PIM CUIJPERS¹⁻³, MARIT SIJBRANDIJ^{1,2}, SANDER L. KOOLE^{1,2}, GERHARD ANDERSSON^{4,5}, AARTJAN T. BEEKMAN^{2,6}, CHARLES F. REYNOLDS III⁷

¹Department of Clinical Psychology, VU University Amsterdam, The Netherlands; ²EMGO Institute for Health and Care Research, VU University and VU University Medical Center Amsterdam, The Netherlands; ³Leuphana University, Lüneburg, Germany; ⁴Department of Behavioural Sciences and Learning, Swedish Institute for Disability Research, University of Linköping, Sweden; ⁵Department of Clinical Neuroscience, Psychiatry Section, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ⁶Department of Psychiatry, VU University Medical Center Amsterdam, The Netherlands; ⁷Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA, USA

Llevamos a cabo un metaanálisis de estudios aleatorizados en los cuales se compararon los efectos del tratamiento con medicación antidepresiva y los efectos de la farmacoterapia y la psicoterapia combinadas en adultos con un diagnóstico de trastorno depresivo o trastorno por ansiedad. Un total de 52 estudios (con 3.623 pacientes) cumplieron los criterios de inclusión, 32 sobre trastornos depresivos y 21 sobre trastornos por ansiedad (uno que analizó tanto el trastorno depresivo como el trastorno por ansiedad). La diferencia global entre la farmacoterapia y el tratamiento combinado fue g de Hedges = 0,43 (95% CI: 0,31-0,56), que indicó un efecto moderadamente considerable y una diferencia clínicamente significativa a favor del tratamiento combinado, lo cual corresponde a un número de pacientes que es necesario tratar (NNT) de 4,20. Hubo evidencia suficiente indicativa de que el tratamiento combinado es mejor para la depresión mayor, el trastorno por pánico y el trastorno obsesivo compulsivo (OCD). Los efectos del tratamiento combinado en comparación con placebo sólo fueron alrededor de dos tantos mayores que los de la farmacoterapia en comparación con sólo placebo, lo que subraya la ventaja clínica del tratamiento combinado. Los resultados también indican que los efectos de la farmacoterapia y los de la psicoterapia en gran parte son independientes entre sí y ambos contribuyen en grado aproximadamente similar a los efectos del tratamiento combinado. Llegamos a la conclusión de que el tratamiento combinado al parecer es más eficaz que el tratamiento con medicación antidepresiva sólo en la depresión mayor, el trastorno por pánico y el OCD. Estos efectos persisten potentes y significativos hasta dos años después del tratamiento. La monoterapia con medicación psicoactiva pueden no constituir un tratamiento óptimo para los trastornos mentales comunes.

Palabras clave: Tratamiento combinado, psicoterapia, medicación antidepresiva, trastornos depresivos, trastornos por ansiedad, distimia, trastorno obsesivo-compulsivo, metaanálisis.

(*World Psychiatry* 2014;13:56–67)

Los trastornos por ansiedad y depresivos tienen una gran prevalencia (1,2) y conllevan una pérdida considerable de la calidad de vida para los pacientes y sus familiares (3,4), altos grados de utilización de servicios, costos económicos considerables (5-7) y una morbilidad importante para la salud pública (8). Se dispone de tratamientos eficaces para estos trastornos, entre ellos, varios tipos de psicoterapia y medicación antidepresiva (9-11). Aunque la psicoterapia y los antidepresivos tienen más o menos la misma eficacia en casi todos los trastornos por ansiedad y depresivos (12), hay ciertos datos que indican que los tratamientos combinados pueden ser más eficaces que cada uno de ellos por separado (13-15). Sin embargo, al mismo tiempo, una proporción creciente de pacientes con trastornos mentales en la década pasada recibieron medicación psicoactiva sin psicoterapia (16,17). Por consiguiente, es importante analizar si esto tiene efectos negativos sobre la calidad de la atención.

Llevamos a cabo un metaanálisis de estudios en que se compara la farmacoterapia sola con la psicoterapia y la farmacoterapia combinadas. Aunque en algunos metaanálisis previos se ha analizado esta cuestión, todos estos estuvieron dirigidos a un trastorno, sobre todo la depresión (13-15) y el pánico (18,19). Para algunos de estos trastornos –por ejemplo, el trastorno por ansiedad social (SAD) y el trastorno obsesivo-compulsivo (OCD)– se han llevado a cabo varios estudios primarios, pero éstos aún no se han integrado en los metaanálisis. Por tanto, el objetivo principal de este estudio es proporcionar un

metaanálisis global de los estudios que comparan la medicación antidepresiva con el tratamiento combinado en los trastornos por ansiedad y depresivos. También analizamos si las diferencias entre el tratamiento combinado y el placebo solamente eran mayores que las observadas entre el tratamiento combinado y la farmacoterapia, a fin de determinar la contribución relativa de la psicoterapia y la farmacoterapia a los efectos de los tratamientos combinados.

MÉTODOS

Identificación y selección de estudios

Utilizamos varias estrategias para identificar estudios relevantes. Efectuamos una búsqueda en cuatro bases de datos bibliográficas importantes (PubMed, PsycInfo, Embase y la base de datos de estudios aleatorizados de Cochrane). Primero llevamos a cabo una cadena de búsqueda para la psicoterapia en la que el texto y las palabras clave indicaban los diferentes tipos de psicoterapia y tratamientos psicológicos. Esta cadena de búsqueda se combinó con cadenas de búsqueda que indicaban cada uno de los trastornos que incluimos, a saber: depresión mayor; distimia; trastorno por ansiedad generalizada (GAD); SAD; trastorno por pánico; OCD; y trastorno por estrés posttraumático (PTSD). Limitamos nuestra búsqueda a estudios randomizados controlados. También verificamos las

	Depresión	GAD	SAD	Pánico	OCD/PTSD	Total
<i>Se identificaron 21.729 citas bibliográficas mediante la búsqueda en la literatura</i>						
Pubmed	3320	547	296	849	91	5103
Cochrane	2988	1309	752	1436	18	6613
PsycInfo	2710	337	246	424	32	3749
Embase	4389	372	661	764	78	6264
Total	13407	2565	1955	3473	329	21729
↓						
<i>Después de descartar los duplicados</i>						
	9860	1562	1228	2032	221	14903
↓						
<i>Se verificaron citas bibliográficas de metaanálisis previos</i>						
	42	7	14	26	27	116
↓						
<i>Se obtuvieron artículos con texto completo</i>						
	1344	136	247	493	58	2278
↓						
<i>Causas de exclusión</i>						
Comparación no correcta	243	49	86	170	29	577
Estudio duplicado	306	32	24	52	5	419
Ningún diagnóstico	165	32	52	112	2	363
Ningún grupo de control	167	7	39	33	3	249
Ninguna psicoterapia	151	7	1	76	3	238
Otra causa	280	8	41	40	10	379
Total	1312	135	243	483	52	2226
↓						
<i>Incluidos en el metaanálisis</i>						
	32	1	4	10	OCT: 4 PTSD: 2	52

Figura 1. Selección e inclusión de estudios. GAD, trastorno por ansiedad generalizada; OCD, trastorno obsesivo-compulsivo; PTSD, trastorno por estrés posttraumático; SAD, trastorno por ansiedad social.

referencias de 116 metaanálisis previos de tratamientos psicológicos de estos trastornos (Figura 1).

Incluimos estudios randomizados en los cuales los efectos del tratamiento con medicación antidepresiva se compararon con los efectos de la medicación antidepresiva combinada y el tratamiento psicológico en adultos con un trastorno depresivo, pánico con o sin agorafobia, GAD, SAD, OCD o PTSD. Sólo se incluyeron estudios en los cuales los participantes cumplían los criterios diagnósticos para el trastorno según una entrevista diagnóstica –como la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV –Trastornos del Eje I (SCID-I)–, la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) o la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). Se excluyeron los estudios sobre pacientes hospitalizados, adolescentes y niños (menores de 18 años de edad). También excluimos estudios de mantenimiento, dirigidos a personas que ya se habían restablecido o que se habían restablecido parcialmente después de un tratamiento previo. Se consideraron para incluir estudios en inglés, alemán, español y holandés.

Evaluación de la calidad y extracción de datos

Evaluamos la validez de los estudios incluido utilizando la herramienta de evaluación de «riesgo de sesgo» elaborada por la Cochrane Collaboration (20). Este instrumento evalúa posibles fuentes de sesgo en los estudios randomizados, entre ellos la generación adecuada de la secuencia de asignación; el ocultamiento de la asignación a las categorías; la prevención del conocimiento de la intervención asignada (enmascaramiento de asesores); y el manejar datos de variables incompletos (esto se evaluó como positivo cuando se llevaron a cabo análisis por intención de tratar, lo que significa que todos los pacientes distribuidos de manera aleatoria se incluyeron en los análisis. La evaluación de la validez de los estudios incluidos fue realizada por dos investigadores independientes y los desacuerdos se resolvieron mediante el debate.

También codificamos las características de los participantes (trastorno; método de reclutamiento; grupo elegido como objetivo); tipo de antidepresivo que se utilizó (inhibidor selectivo

de la recaptación de serotonina, SSRI; antidepresivo tricíclico, TCA; inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina, SNRI; inhibidor de la monoamina oxidasa, MAOI; otro tratamiento o tratamiento manualizado que comprendió varios antidepresivos); y características de las psicoterapias (formato, número de sesiones y tipo de psicoterapia). Los tipos de psicoterapia que distinguimos fueron psicoterapia cognitiva conductual (CBT), psicoterapia interpersonal (IPT) y otros. Dado que la mayor parte de las CBT utilizaron una mezcla de diferentes técnicas, las agrupamos en una gran familia de CBT. Calificamos un tratamiento como CBT cuando incluía reestructuración cognitiva o un enfoque conductual (como exposición y prevención de la respuesta). Cuando en un tratamiento se utilizó una mezcla de CBT e IPT, lo evaluamos como «otros», junto con otros métodos terapéuticos (como terapias psicodinámicas).

Metaanálisis

Para cada comparación entre una farmacoterapia y un grupo con tratamiento combinado, se calculó la magnitud del efecto que indicaba la diferencia entre los dos grupos en la prueba (g de Hedges). Las magnitudes de efecto se calcularon sustrayendo (en la posprueba) la puntuación promedio del grupo de farmacoterapia de la puntuación promedio del grupo con tratamiento combinado, y dividiendo el resultado entre la desviación estándar combinada. Dado que algunos estudios tuvieron magnitudes de muestra relativamente pequeñas, efectuamos el ajuste con respecto a la magnitud del efecto para el sesgo de muestra pequeña (21). En los cálculos de las magnitudes de efecto en estudios dirigidos a los pacientes con trastornos depresivos, utilizamos sólo los instrumentos que explícitamente medían síntomas de ansiedad. Si se utilizó más de una medida, se calculó la media de las magnitudes de efecto, de manera que cada estudio proporcionó sólo una magnitud de efecto. Si no se comunicaron las medias y las desviaciones estándar, utilizamos los procedimientos del software Comprehensive Meta-Analysis (versión 2.2.021) para calcular la magnitud de efecto utilizando variables dicotómicas; y si tampoco se contó con ninguna de éstas, utilizamos otras estadísticas (como el valor de la *t* o el valor de la *p*). Para calcular la media combinada de las magnitudes de efecto, utilizamos el software antes señalado. Como esperábamos considerable heterogeneidad entre los estudios, utilizamos un modelo de combinación de efectos aleatorios.

Dado que la media estandarizada de la diferencia (g de Hedges) no es fácil de interpretar desde una perspectiva clínica, transformamos estos valores en el número que es necesario tratar (NNT), utilizando las fórmulas proporcionadas por Kraemer y Kupfer (22). El NNT indica el número de pacientes que es necesario tratar para poder generar un resultado positivo adicional (23).

También calculamos el riesgo relativo (RR) de la deserción del tratamiento en la farmacoterapia en comparación con el tratamiento combinado. Para comparar los efectos a largo plazo de los dos tratamientos, calculamos el RR de tener un resultado positivo en el seguimiento.

Como una prueba de homogeneidad de las magnitudes de efecto, calculamos la estadística de la I^2 , que es un indicador de

heterogeneidad en los porcentajes. Un valor de 0% indica que no hay una heterogeneidad observada y valores mayores indican una heterogeneidad creciente, en la que 25% es baja, 50% es moderada y 75% es una heterogeneidad alta (24). Calculamos los intervalos de confianza del 95% alrededor de la I^2 (25), utilizando el método no central basado en el χ^2 dentro del módulo Heterogi para el programa Stata (26).

Realizamos análisis por subgrupos de acuerdo con el modelo de efectos mixtos, en el cual los estudios dentro de los subgrupos están combinados con el modelo de efectos aleatorios, en tanto que las pruebas para las diferencias significativas entre los subgrupos se llevaron a cabo con el modelo de efectos fijos. Con respecto a un las variables continuas utilizamos análisis de metarregresión para evaluar si hubo una relación significativa entre la variable continua y la magnitud de efecto, según se indicó por un valor de la *Z* y un valor de la *p* relacionado.

Evaluamos el sesgo de publicación inspeccionando la gráfica de embudo en las variables primarias y mediante el procedimiento de recorte y llenado de Duval y Tweedie (27), el cual genera una estimación de la magnitud del efecto después que se ha tomado en cuenta el sesgo de publicación. También llevamos a cabo la prueba de Egger del intercepto para cuantificar el sesgo captado por la gráfica de embudo y evaluar si éste era significativo.

RESULTADOS

Selección e inclusión de estudios

Después de analizar un total de 21.729 resúmenes (14.903 después de descartar los duplicados), recuperamos 2.278 estudios con texto completo para el análisis adicional. Descartamos 2.226 de los artículos recuperados. En la figura 1 se muestra el flujograma que describe el proceso de inclusión, al igual que los motivos para la exclusión. Un total de 52 estudios cumplió los criterios de inclusión para este metaanálisis (28-79). En la Tabla 1 se comunican algunas características de los estudios que se incluyeron.

Características de los estudios incluidos

En los 52 estudios participaron 3.623 pacientes (1.767 en las categorías de tratamiento combinado y 1.856 en las categorías de sólo farmacoterapia. Treinta y dos estudios estuvieron dirigidos a los trastornos depresivos (22 sobre depresión mayor, incluido uno que se dirigió a pacientes con depresión mayor y también OCD; 5 con distimia; y 5 con trastornos afectivos mixtos) y 21 a trastornos por ansiedad (10 con trastorno por pánico con o sin agorafobia; 4 a OCD; 4 a SAD; 2 a PTSD y 1 a GAD). La mayor parte de los estudios ($n = 32$) incorporó a pacientes exclusivamente de muestras clínicas, y se dirigieron a adultos en general en vez de a una población más específica (como adultos mayor o pacientes con un trastorno somático concomitante).

La mayor parte de las psicoterapias pertenecían a la familia de las terapias cognitivas y conductuales, en tanto que nueve estudios analizaron la IPT y los 10 restantes analizaron otros tratamientos (incluidas las terapias psicodinámicas). El número de sesiones de tratamiento fluctuó de 5 a 56 y la mayor parte de

Tabla 1. Algunas características de los estudios en que se comparan tratamiento con medicación antidepresiva y tratamiento combinado a base de psicoterapia y medicación

Estudio	Trastorno	Psicoterapia	Medicación	Ncom	Nmed	Calidad*	País
Azhar (28)	PAN	CBT	SSRI	17	17	-----	Otro
Barlow et al (29)	PAN	CBT	TCA	65	83	---++	EE.UU.
Bellack et al (30)	Mood	Other	TCA	17	18	---+-	EE.UU.
Bellino et al (31)	MDD	IPT	SSRI	16	16	---+-	Europa
Berger et al (32)	PAN	Other	SSRI	35	38	-----	Europa
Blackburn et al (33)	MDD	CBT	TCA	22	20	-----	EE.UU.
Blanco et al (34)	SAD	CBT	MAOI	32	35	++++	EE.UU.
Blom et al (35)	MDD	IPT	SNRI	33	30	---++	Europa
Blomhoff et al (36)	SAD	BT	SSRI	98	95	++++	Europa
Browne et al (37)	DYS	IPT	SSRI	122	117	+++-	Canadá
Burnand et al (38)	MDD	DYN	TCA	33	38	---+-	Europa
Crits-Christoph et al (39)	GAD	CBT	SNRI	17	24	---+-	EE.UU.
Davidson et al (40)	SAD	CBT	SSRI	42	39	++++	EE.UU.
De Jonghe et al (41)	MDD	DYN	Prot/Other	83	84	---++	Europa
De Mello et al (42)	DYS	IPT	MAOI	11	13	---+-	Otro
Dozois et al (43)	MDD	CBT	Prot/Other	21	21	-+---	Canadá
Finkenzeller et al (44)	MDD	IPT	SSRI	23	24	+---+	Europa
Foa et al (45)	OCD	BT	TCA	19	27	---+-	EE.UU.
Hautzinger et al (46)	Mood	CBT	TCA	32	24	---++	Europa
Hellerstein et al (47)	DYS	Other	SSRI	18	17	---+	EE.UU.
Hollon et al (48)	MDD	CBT	TCA	25	57	---++	EE.UU.
Hsiao et al (49)	MDD	Other	Prot/Other	24	26	+---+	Otro
Keller et al (50)	MDD	Other	SNRI	226	220	++++	USA
King et al (51)	PAN	CBT	Prot/Other	25	25	-+---	Otro
Koszycki et al (52)	PAN	CBT	SSRI	59	62	++++	Canadá
Lesperance et al (53)	MDD	IPT	SSRI	67	75	++++	Canadá
Loerch et al (54)	PAN	CBT	MAOI	14	16	---++	Europa
Lynch et al (55)	MDD	Other	Prot/Other	15	16	-----	EE.UU.
Macaskill & Macaskill (56)	MDD	CBT	TCA	9	9	-----	Europa
Maina et al (57)	MDD, OCD	DYN	SSRI	25	29	++++	Europa
Markowitz et al (58)	DYS	IPT	SSRI	21	24	++++	EE.UU.
Misri et al (59)	Mood	CBT	SSRI	19	16	+---+	Canadá
Mitchell et al (60)	Mood	Other	Prot/Other	45	53	-----	EE.UU.
Murphy et al (61)	MDD	CBT	TCA	22	24	---+-	EE.UU.
Mynors-Wallis et al (62)	MDD	PST	SSRI	35	36	++++	Europa
Naeem et al (63)	MDD	CBT	SSRI	17	17	++++	Otro
Otto et al (64)	PTSD	CBT	SSRI	5	5	-----	EE.UU.
Prasko et al (65)	SAD	CBT	MAOI	22	20	---+-	Europa
Ravindran et al (66)	DYS	CBT	SSRI	24	22	+++-	Canadá
Reynolds et al (67)	MDD	IPT	TCA	16	25	---++	EE.UU.
Rothbaum et al (68)	PTSD	BT	SSRI	34	31	---++	EE.UU.
Shamsaei et al (69)	MDD	CBT	SSRI	40	40	+---+	Otro
Shareh et al (70)	OCD	CBT	SSRI	6	6	-----	Otro
Sharp et al (71)	PAN	CBT	SSRI	29	29	-----	Europa

Tabla 1. Algunas características de los estudios en que se comparan tratamiento con medicación antidepresiva y tratamiento combinado a base de psicoterapia y medicación (*continuar*)

Estudio	Trastorno	Psicoterapia	Medicación	Ncom	Nmed	Calidad*	País
Sirey et al (72)	MDD	Other	Prot/Other	21	24	--++	EE.UU.
Spinhoven et al (73)	PAN	CBT	SSRI	20	19	----+	Europa
Tenneij et al (74)	OCD	BT	Prot/Other	34	46	--++	Europa
Thompson et al (75)	MDD	CBT	TCA	36	33	----+	EE.UU.
van Apeldoorn et al (76)	PAN	CBT	Prot/Other	36	37	++++	Europa
Weissman et al (77)	MDD	IPT	TCA	23	20	--+-	EE.UU.
Wiborg & Dahl (78)	PAN	DYN	TCA	20	20	++++	Europa
Wiles et al (79)	Mood	CBT	Prot/Other	14	11	++++	Europa

* Se utiliza un signo positivo o negativo para cuatro criterios de calidad: secuencia de asignación, ocultamiento de la asignación a las categorías, enmascaramiento de asesores y análisis por intención de tratar

BT, terapia conductual; CBT, psicoterapia cognitiva conductual; DYN, psicoterapia dinámica; DYS, trastorno distímico; GAD, trastorno por ansiedad generalizada; IPT, psicoterapia interpersonal; MAOI, inhibidor de la monoamina oxidasa; MDD, trastorno depresivo mayor; Mood, trastorno afectivo mixto; Ncom, número de pacientes en la categoría de tratamiento combinado; Nmed, número de pacientes en la categoría de farmacoterapia; OCD, trastorno obsesivo-compulsivo; PAN, trastorno por pánico con o sin agorafobia; Prot/otros, otro tratamiento antidepresivo o protocolizado con antidepresivos; PST, psicoterapia de solución de problemas; PTSD, trastorno por estrés postraumático; SAD, trastorno por ansiedad social; SNRI, inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina; SSRI, inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina; TCA, antidepresivo tricíclico.

las terapias (n = 36) consistieron en 10 a 20 sesiones. Los antidepresivos que se analizaron en los estudios fueron SSRI (n = 22), TCA (n = 13), SNRI (n = 3), MAOI (n = 4) y protocolos de tratamiento con diferentes tipos de medicación antidepresiva (n = 10).

Casi todos los estudios se llevaron a cabo en Estados Unidos (n = 20), o Europa (n = 19). Dos estudios fueron publicados en alemán y los restantes en inglés.

Evaluación de la calidad

La calidad de los estudios fue variable (Tabla 1). En 21 estudios se comunicó una generación de secuencia adecuada, no así en los otros 31. Diecinueve estudios comunicaron la asignación a categorías por una tercera parte independiente. Treinta y nueve estudios comunicaron enmascaramiento de los evaluadores con respecto a las variables o utilizaron sólo resultados autonotificados, en tanto que 13 no comunicaron enmascaramiento. En 31 estudios se efectuó análisis por intención de tratar (se analizó una puntuación postratamiento para cada paciente aun cuando se tuviese que realizar la última observación considerada antes de la deserción o que la puntuación se estimase a partir de las trayectorias de respuesta más temprana). Trece estudios cumplieron los cuatro criterios de calidad, otros seis estudios cumplieron tres criterios, en tanto que los 33 restantes cumplieron dos criterios o menos.

Efectos del tratamiento combinado frente a sólo antidepresivos

La media global de la magnitud de efecto que indica la diferencia entre sólo farmacoterapia y el tratamiento combinado a base de farmacoterapia más psicoterapia en la posprueba para todos los estudios fue 0,43 (IC del 95%: 0,31-0,56) a favor del

tratamiento combinado. Esto se corresponde con un NNT de 4,20. La heterogeneidad fue moderada a alta ($I^2 = 64$; IC del 95%: 52-73). Después de excluir tres posibles resultados atípicos con magnitudes de efecto considerablemente grandes ($g > 1,5$; Tabla 2), la magnitud de efecto fue un poco más pequeña ($g = 0,37$; IC del 95%: 0,27-0,47; NNT = 4,85), pero la heterogeneidad se redujo a un grado moderado ($I^2 = 48$). En la Tabla 2 se comunican los resultados de estos análisis. En la Figura 2 se muestra una gráfica de bosque de los estudios y sus magnitudes de efecto.

Por lo que respecta a los trastornos específicos, identificamos evidencia de que el tratamiento combinado era más eficaz que sólo la farmacoterapia mayor ($g = 0,43$; IC del 95%: 0,29-0,57; NNT = 4,20), trastorno por pánico ($g = 0,54$; IC del 95%: 0,25-0,82; NNT = 3,36), y OCD ($g = 0,70$; IC del 95%: 0,14-1,25; NNT = 2,63). También descubrimos algunos indicios de que el tratamiento combinado puede ser más eficaz que la farmacoterapia en el SAD ($g = 0,32$; IC del 95%: 0,01-0,71; NNT = 5,56), aunque esto no fue significativo ($p < 0,1$). Se identificó evidencia insuficiente para la distimia, el PTSD y el GAD.

La inspección de la gráfica de embudo y el procedimiento de recorte y llenado de Duval y Tweedie señalaron cierto riesgo de sesgo de publicación. Después del ajuste con respecto al posible sesgo de publicación, la media global de la magnitud de efectos se redujo de una $g = 0,43$ (NNT = 4,20) a una $g = 0,29$ (IC del 95%: 0,15-0,43; NNT = 6,17; número de estudios imputados: 10). La prueba del intercepto de Egger también indicó un sesgo de publicación significativo (intercepto: 1,33; IC del 95%: 0,24-2,42; $p < 0,1$).

No encontramos ninguna indicación de que el tratamiento combinado produjese una menor deserción del tratamiento que sólo la farmacoterapia. El RR para la deserción del tratamiento, en los 35 estudios en los cuales se dio a conocer la deserción, fue RR = 0,99 (IC del 95%: 0,95-1,03; $I^2 = 24$; IC del 95%: 0-50).

Tabla 2. Efectos del tratamiento combinado para los trastornos depresivo y por ansiedad del adulto en comparación con sólo medicación antidepressiva

		Ncomp	g	CI del 95%	I2	CI del 95%	p	NNT
<i>Trastornos depresivos y por ansiedad</i>		52	0.43	0.31-0.56	64	52-73	0.81	4.20
	Posibles atípicos excluidos (g > 1,5)	49	0.37	0.27-0.47	48	28-63		4.85
<i>Trastornos depresivos</i>		32	0.41	0.28-0.54	50	25-67	0.17	4.39
	Depresión mayor	23	0.43	0.29-0.57	30	0-58		4.20
	Distimia	5	0.20	-0.21-0.60	0	0-79		8.93
	Trastornos depresivos mixtos	5	0.56	0.12-0.99	73	32-89		3.25
<i>Trastornos por ansiedad</i>		21	0.47	0.23-0.71	75	61-84	0.66	3.85
	Trastorno por pánico	10	0.54	0.25-0.82	82	68-90		3.36
	OCD	4	0.70	0.14-1.25	67	5-89		2.63
	SAD	4	0.32	-0.01-0.71	65	0-88		5.56
	PTSD	2	0.31	-0.39-1.00	0	–		5.75
	GAD	1	-0.51	-1.42-0.40	–	–		(3.55)
<i>Análisis por subgrupos</i>								
Medicación	SSRI	22	0.34	0.15-0.53	76	63-84	0.45	5.26
	TCA	13	0.46	0.22-0.71	9	0-47		3.91
	Otros/protocolo	17	0.51	0.31-0.72	41	0-67		3.55
Reclutamiento	Muestras clínicas	32	0.49	0.34-0.64	63	46-75	0.09	3.68
	Población	16	0.28	0.08-0.47	45	2-70		6.41
Grupo diana	Adulto en general	43	0.44	0.30-0.57	65	51-74	0.89	4.10
	Grupo específico	9	0.41	0.12-0.71	64	27-83		4.39
Tipo de terapia	CBT	33	0.51	0.35-0.66	70	58-79	0.20	3.55
	IPT	9	0.24	20.05-0.53	32	0-69		7.46
	Otro	10	0.37	0.09-0.64	10	0-50		4.85
Número de sesiones	5-9	11	0.67	0.40-0.93	86	76-91	0.10	2.75
	10-12	16	0.24	0.03-0.46	48	8-71		7.46
	13-18	18	0.47	0.26-0.67	4	0-52		3.85
	>19	7	0.41	0.06-0.76	33	0-72		4.39
Formato de tratamiento	Individual	42	0.46	0.32-0.59	68	55-76	0.35	3.91
	De grupo	9	0.29	20.02-0.60	40	0-73		6.17
Calificación de calidad	<3	32	0.49	0.33-0.66	62	44-74	0.23	3.68
	3 ó 4	20	0.35	0.16-0.54	67	47-79		5.10

CBT, psicoterapia cognitiva conductual; GAD, trastorno por ansiedad generalizada; IPT, psicoterapia interpersonal; Ncomp, número de comparaciones; NNT, número que es necesario tratar; OCD, trastorno obsesivo-compulsivo; PTSD, trastorno por estrés posttraumático; SAD, trastorno por ansiedad social; SNRI, inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina; SSRI, inhibido selectivo de la recaptación de serotonina; TCA, antidepressivo tricíclico.

Los análisis por subgrupo no indicaron diferencias significativas entre las magnitudes de efecto entre los trastornos depresivos y por ansiedad entre los diferentes trastornos depresivos (mientras se excluyeran los trastornos por ansiedad) y entre los diferentes trastornos por ansiedad (mientras se excluyeran los trastornos depresivos) (Tabla 2). Tampoco observamos indicios de que las magnitudes de efecto fuesen diferentes según el tipo de medicación (SSRI; TCA; otro o protocolizado), grupo elegido como objetivo (adultos en general o grupo diana más específico), formato de tratamiento de psicoterapia (individual o de grupo), tipo de psicoterapia (CBT; IPT; otra), número de sesiones de tratamiento (5-9; 10-12; 13-18; >19); y calidad de los estudios (cumplimiento de 3 ó 4 criterios frente a menos de 3 criterios). Descubrimos una tendencia ($p < 0,1$) que

indicó que la magnitud de efecto puede ser más alta en las muestras clínicas ($g = 0,49$) que en las muestras que incluyeron pacientes incorporados de la población ($g = 0,27$).

Analizamos si la gravedad inicial se relacionó con el resultado en los 20 estudios que analizaron los trastornos depresivos. La media de la gravedad inicial según la escala de Hamilton para la Evaluación de la Depresión (HAM-D) fue moderada en 16 de los 20 estudios (puntuación 18-24), grave en tres estudios (puntuación >24) y leve en un estudio (puntuación <18) (80). En un análisis de metarregresión, no descubrimos ningún indicio de que la magnitud de efecto de la diferencia entre la farmacoterapia y el tratamiento combinado se relacionara con la gravedad inicial de la depresión (declive: 0,007; IC del 95%: 0,022-0,038; $p = 0,63$).

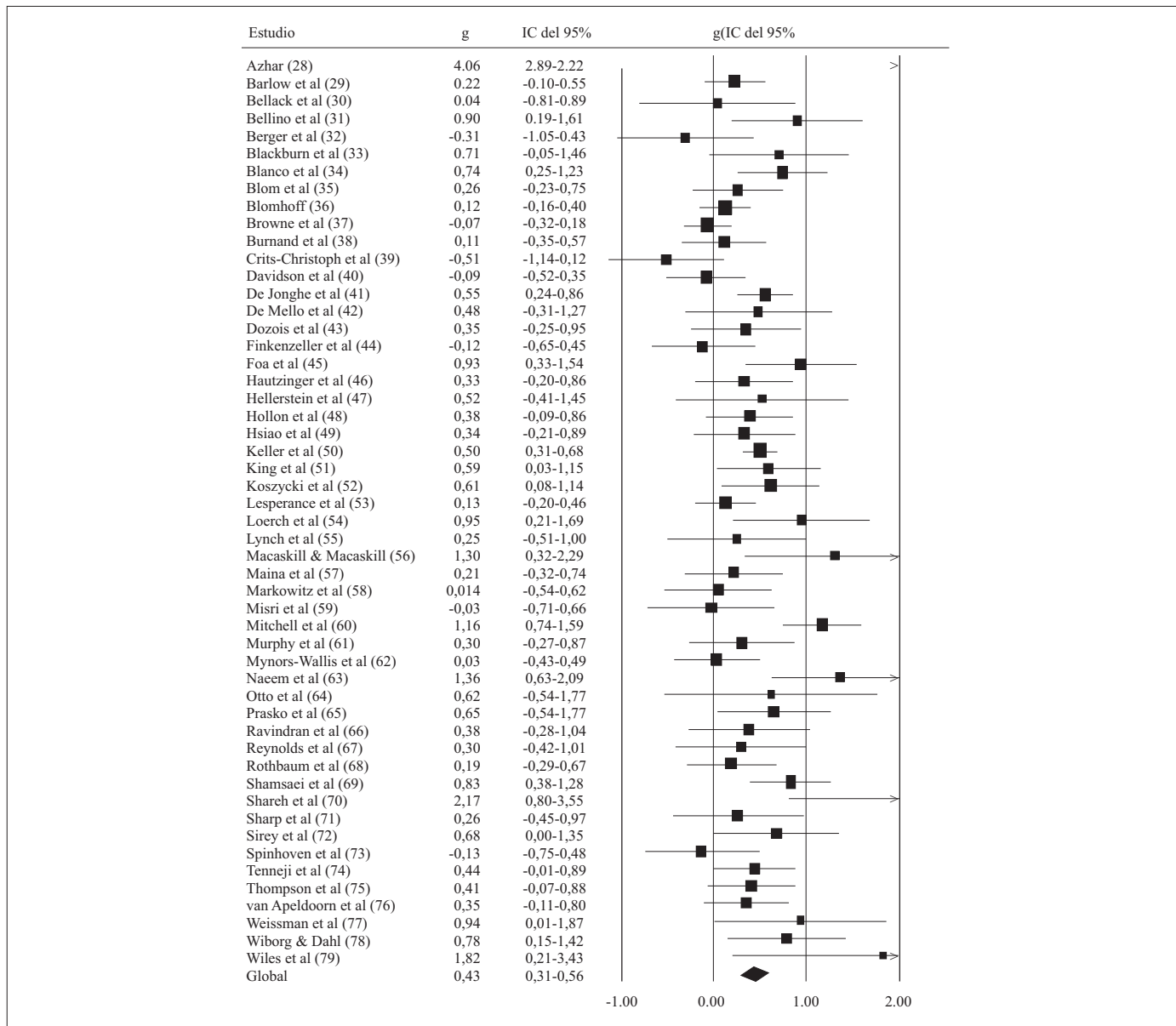


Figura 2. Efectos de la farmacoterapia en comparación con el tratamiento combinado a base de farmacoterapia y psicoterapia (g de Hedges).

Tratamiento combinado en comparación con placebo

En 11 de los 53 estudios, el tratamiento combinado se pudo comparar con un grupo de control que recibió placebo. Todos estos estudios también incluyeron una categoría de sólo psicoterapia (con o sin comprimido de placebo), así como una categoría de sólo farmacoterapia. Esto nos permitió calcular magnitudes de efecto que indicaban la diferencia entre la farmacoterapia y el placebo, la psicoterapia (con o sin comprimido de placebo) y placebo, así como entre el tratamiento combinado y el placebo. Con estas magnitudes de efecto pudimos estimar la contribución de la farmacoterapia y la psicoterapia a los efectos del tratamiento combinado.

Los resultados de los análisis se presentan en la Tabla 3. Los efectos del tratamiento combinado en comparación con placebo son considerables (g = 0,74; IC del 95% CI: 0,48-1,01; NNT = 2,50), con una heterogeneidad moderada a alta (I² = 65; IC del

Tabla 3. Comparaciones directas entre psicoterapia, farmacoterapia, psicoterapia y farmacoterapia combinadas y placebo en trastornos por ansiedad y depresivos (g de Hedges)

	Ncomp	g	IC del 95%	I ²	IC del 95%	NNT
Combinada frente a placebo	11	0.74	0.48-1.01	65	33-82	2.50
Farmacoterapia frente a combinado	11	0.37	0.12-0.63	43	0-72	4.85
Farmacoterapia frente a placebo	11	0.35	0.21-0.49	0	0-60	5.10
Psicoterapia frente a combinado	11	0.38	0.16-0.59	53	8-76	4.72
Psicoterapia frente a placebo	11	0.37	0.11-0.64	68	41-83	4.85

Ncomp, número de comparaciones, NNT, número que es necesario tratar.

Tabla 4. Efectos de seguimiento a largo plazo en los estudios incluidos: definiciones de resultados positivos y riesgo relativo asociado a cada

Estudio	Variable	Seguimiento (meses)	RR	IC del 95%
Barlow et al (29)	Respuesta en CGI	6-8	1.52	1.07-2.16
Barlow et al (29)	Respuesta en CGI	9-12	1.39	0.75-2.58
Barlow et al (29)	Respuesta en PDSS	6-8	1.52	1.07-2.16
Barlow et al (29)	Respuesta en PDSS	9-12	1.31	0.69-2.45
Bellack et al (30)	<10 en BDI + HAMD	6-8	1.30	0.53-3.16
Blanco et al (34)	Remisión	3-5	2.07	1.08-3.96
Blanco et al (34)	Respuesta	3-5	1.61	1.09-2.37
Hautzinger et al (46)	Respuesta	9-12	1.91	1.07-3.39
Hellerstein et al (47)	Remisión	3-5	0.62	0.23-1.66
Hellerstein et al (47)	Respuesta	3-5	1.53	0.74-3.14
Hollon et al (48)	Ninguna recaída	9-12	1.87	0.99-3.52
Hollon et al (48)	Ninguna recaída	13-24	1.73	0.90-3.32
Keller et al (50)	Ninguna recaída	3-5	1.01	0.95-1.08
Loerch et al (54)	FQ <10	6-8	1.17	0.79-1.74
Loerch et al (54)	FQ >50% de mejoría	6-8	1.17	0.79-1.74
Lynch et al (55)	BDI <9	6-8	1.29	0.43-3.88
Lynch et al (55)	HAMD <7	6-8	2.35	1.07-5.16
Maina et al (57)	Eficacia de CGI	6-8	1.55	0.62-3.86
Maina et al (57)	Respuesta en HAMD	6-8	1.16	0.47-2.86
Maina et al (57)	Respuesta en YBOCS	6-8	0.77	0.38-1.58
Mitchell et al (60)	HAMD <9	3-5	2.08	1.13-3.82
Mitchell et al (60)	HAMD <9	9-12	1.76	1.01-3.08
Mitchell et al (60)	HAMD <9	13-24	1.42	0.91-2.23
Murphy et al (61)	Ninguna recaída	9-12	1.71	0.61-4.80
Mynors-Wallis et al (62)	Restablecimiento	9-12	1.18	0.81-1.73
Prasko et al (65)	Ninguna recaída	3-5	1.62	0.89-2.95
Prasko et al (65)	Ninguna recaída	9-12	2.16	0.81-5.77
Prasko et al (65)	Ninguna recaída	13-24	1.94	0.71-5.31
Reynolds et al (67)	Ninguna recaída	3-5	9.58	2.09-43.94
Sharp et al (71)	FQ-AG: cambio clínicamente significativo	6-8	1.60	0.88-2.91
Sharp et al (71)	HAMA: cambio clínicamente significativo	6-8	1.64	0.95-2.82
Sharp et al (71)	SRT: cambio clínicamente significativo	6-8	2.50	0.88-7.07
van Apeldoorn et al (76)	Remisión	6-8	1.48	0.63-3.47
van Apeldoorn et al (76)	Remisión	9-12	1.93	0.87-4.27
Wiborg & Dahl (78)	Ninguna recaída según DSM	9-12	3.20	1.45-7.05
Wiborg & Dahl (78)	Remisión	9-12	3.20	1.45-7.05

BDI, Inventario de Beck de la Depresión; CGI, Impresión Clínica Global; FQ, Cuestionario de Temor; FQ-AG, Cuestionario de Temor, Subescala Agorafobia; HAMA, Escala de Hamilton para Evaluación de la Ansiedad; HAMD, Escala de Hamilton para Evaluación de la Depresión; PDSS, Escala de Detección de Depresión Postparto; RR, riesgo relativo; SRT, Escala de Evaluación de Síntomas de Kellner y Sheffield; YBOCS, Escala Obsesiva Compulsiva de Yale-Brown

95%: 33-82). En estos 11 estudios, la magnitud de efecto de la farmacoterapia en comparación con placebo fue $g = 0,35$ (IC del 95%: 0,21-0,49) y la de la psicoterapia en comparación con placebo fue $g = 0,37$ (IC del 95%: 0,11-0,64). Esto parece indicar que los efectos de la psicoterapia y los de la farmacoterapia en gran parte son independientes entre sí y cada uno añade alre-

dedor del 50% a los efectos globales del tratamiento combinado. La independencia de los efectos de las dos clases de tratamientos es respaldada también por las magnitudes de efecto de la farmacoterapia en contraposición con las del tratamiento combinado ($g = 0,37$ en esta muestra) y las de la psicoterapia en comparación con las del tratamiento combinado ($g = 0,38$).

Tabla 5. Efectos a largo plazo del tratamiento combinado de ansiedad y trastornos depresivos en comparación con sólo medicación antidepressiva: riesgo relativo de tener un resultado positivo

	Ncomp	g	IC del 95%	I ²	IC del 95%	NNT
3 a 5 meses después de terminar el tto.	6	1.60	1.03-2.48	75	43-89	3.41
6 a 8 meses después de terminar el tto.	7	1.40	1.13-1.73	0	0-71	6.90
9 a 12 meses después de terminar el tto.	10	1.51	1.25-1.84	13	0-56	4.52
13 a 24 meses después de terminar el tto.	4	1.49	1.12-1.98	0	0-85	4.35
Todos los resultados a largo plazo combinados	19	1.48	1.23-1.78	55	25-73	4.29

Ncomp, número de comparaciones, NNT, número que es necesario tratar.

Diferencias a largo plazo entre la farmacoterapia y el tratamiento combinado

Las diferencias a largo plazo entre la farmacoterapia y el tratamiento combinado fueron comunicadas en 19 estudios, con periodos de seguimiento que variaron entre tres y 24 meses. Dado que fueron diferentes las formas en que se definieron los resultados positivos entre los estudios, hemos comunicado la definición de un resultado positivo para cada uno de los puntos de seguimiento en la Tabla 4.

El RR de tener un resultado positivo para todos los periodos de seguimiento en conjunto fue 1,48 (IC del 95%: 1,23-1,78; NNT = 4,29), y el RR fluctuó de 1,40 a 1,51 (NNT: 3,41 a 6,90) para los cuatro periodos de seguimiento que distinguimos. En cada uno de los cuatro periodos de seguimiento, el tratamiento combinado fue significativamente más eficaz que sólo la farmacoterapia (Tabla 5).

DISCUSIÓN

En este metaanálisis identificamos evidencia clara de que el tratamiento combinado con psicoterapia y medicación antidepressiva es más eficaz que el tratamiento a base sólo de medicación antidepressiva. Esta diferencia fue significativa para la depresión mayor, el trastorno por pánico y el OCD. Una tendencia indicó posibles efectos superiores en el SAD. No observamos suficiente evidencia para una diferencia significativa en distimia, PTSD y GAD, pero esto podría deberse al pequeño número de estudios y la falta de potencia estadística asociada para estos trastornos. Los efectos superiores del tratamiento combinado se mantuvieron significativos en el seguimiento a uno a dos años.

Observamos que los efectos superiores del tratamiento combinado pueden haberse sobreestimado por el sesgo de publicación, lo cual es congruente con las investigaciones previas sobre farmacoterapia (81) al igual que sobre la psicoterapia (82), que muestra evidencia de sesgo de publicación en los dos campos. Sin embargo, aun después del ajuste con respecto

al sesgo de publicación, la superioridad del tratamiento combinado todavía fue estadísticamente significativa.

También hayamos algunas indicaciones de que la diferencia entre la farmacoterapia y el tratamiento combinado fue muy alta en muestras clínicas en comparación con muestras que fueron (en parte) alistadas de la población. Aunque esta diferencia fue sólo marginalmente significativa ($p < 0,1$), parece indicar que los pacientes que buscan activamente el tratamiento se pueden beneficiar más del tratamiento combinado que las personas que son alistadas de la población.

La investigación hasta ahora no ha podido dar respuesta a la interrogante de cuán considerables son los efectos del tratamiento combinado en comparación con sólo placebo en comprimidos. Identificamos indicaciones de que los efectos del tratamiento combinado en comparación con placebo sólo eran aproximadamente dos veces mayores que los de la farmacoterapia en comparación con sólo placebo.

Hasta ahora no se ha establecido bien si los efectos de la farmacoterapia y los de la psicoterapia son complementarios entre sí, si tienen efectos independientes entre sí o si los tratamientos combinados dan por resultado mayores efectos que la suma de los dos tratamientos por separado (83,84). El presente estudio indica que los efectos de la psicoterapia y la farmacoterapia pueden ser en gran parte independientes entre sí y aditivos, sin interferir entre sí mismos, y los dos contribuyen en el mismo grado a los efectos del tratamiento combinado.

Desde una perspectiva clínica, este estudio parece indicar que se debe utilizar el tratamiento combinado en más pacientes que lo que se utiliza en la actualidad en el ejercicio clínico. La mayoría de los pacientes reciben farmacoterapia o psicoterapia (16,17) y sólo una minoría recibe tratamiento combinado. El tratamiento combinado se administra sobre todo en los casos más graves y crónicos. Nuestros datos parecen indicar que los efectos superiores del tratamiento combinado no se relacionan con la gravedad inicial, por lo menos en la depresión. Dado que los efectos de los dos tratamientos parecen ser en gran parte independientes entre sí, el tratamiento combinado también puede ser útil en los casos menos graves.

Este estudio tiene algunas limitaciones. En primer lugar, no es posible enmascarar las comparaciones de farmacoterapia con el tratamiento combinado y esto puede haber introducido un sesgo en los resultados. En segundo lugar, dado que los pacientes que se rehúsan a tomar antidepressivos pueden no haber estado dispuestos a incorporarse en los estudios, puede haber existido un sesgo de muestreo que podría limitar la posibilidad de generalizar estos hallazgos. En tercer lugar, hallamos grados considerables de heterogeneidad entre los estudios, lo cual no es explicable del todo por los análisis de moderador. Otra limitación fue el número relativamente pequeño de estudios incluidos para algunos trastornos. Una limitación final es que consideramos la psicoterapia y la farmacoterapia como tratamientos monolíticos, en tanto que de hecho se utilizaron varios tratamientos diferentes en los estudios incluidos.

En suma, el presente estudio reveló que el tratamiento combinado tiene efectos superiores a los de la farmacoterapia como modalidad individual, los cuales son significativos y relevantes hasta los dos años después del tratamiento. Por consiguiente, estos resultados respaldan el uso del tratamiento combinado en los trastornos mentales frecuentes más que la monoterapia con medicación psicoactiva sin psicoterapia.

Bibliografía

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003;289:3095-105.
2. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:593-602.
3. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S et al. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004;184:386-92.
4. Saarni SI, Suvisaari J, Sintonen H et al. Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *Br J Psychiatry* 2007;190:326-32.
5. Berto P, D'Ilario D, Ruffo P et al. Depression: cost-of-illness studies in the international literature: a review. *J Ment Health Policy Econ* 2000;3:3-10.
6. Greenberg PE, Birnbaum HG. The economic burden of depression in the US: societal and patient perspectives. *Exp Opin Pharmacother* 2005;6:369-76.
7. Smit F, Cuijpers P, Oostenbrink J et al. Excess costs of common mental disorders: population based cohort study. *J Ment Health Policy Econ* 2006;9:193-200.
8. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006;3:e442.
9. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Depression; the treatment and management of depression in adults. Holborn: NICE, 2009.
10. Bauer M, Bschor T, Pfennig A et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders in primary care. *World J Biol Psychiatry* 2007;8:67-104.
11. Bandelow B, Sher L, Bunevicius R et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2012;16:77-84.
12. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL et al. The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry* 2013;12:137-48.
13. Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD et al. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2009;70:1219-29.
14. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L et al. Psychological treatment versus combined treatment of depression: a meta-analysis. *Depress Anx* 2009;26:279-88.
15. de Maat SM, Dekker J, Schoevers RA et al. Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2007;22:1-8.
16. Olfson M, Marcus SC. National trends in outpatient psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2010;167:1456-63.
17. Marcus SC, Olfson M. National trends in the treatment for depression from 1998 to 2007. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:1265-73.
18. Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007 (1): CD004364.
19. Hofmann SG, Sawyer AT, Korte KJ et al. Is it beneficial to add pharmacotherapy to cognitive-behavioral therapy when treating anxiety disorders? A meta-analytic review. *Int J Cogn Ther* 2009; 2:160-75.
20. Higgins JPT, Green S (eds). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Version 5.0.1. Oxford: Cochrane Collaboration, 2008.
21. Hedges LV, Olkin I. *Statistical methods for meta-analysis*. San Diego: Academic Press, 1985.
22. Kraemer HC, Kupfer DJ. Size of treatment effects and their importance to clinical research and practice. *Biol Psychiatry* 2006; 59:990-6.
23. Laupacis A, Sackett DL, Roberts RS. An assessment of clinically useful measures of the consequences of treatment. *N Engl J Med* 1988;318:1728-33.
24. Higgins JP, Thompson SG, Deeks JJ et al. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ* 2003;327:557-60.
25. Ioannidis JPA, Patsopoulos NA, Evangelou E. Uncertainty in heterogeneity estimates in meta-analyses. *BMJ* 2007;335:914-6.
26. Orsini N, Higgins J, Bottai M et al. Heterogi: Stata module to quantify heterogeneity in a meta-analysis. Boston: Boston College Department of Economics, 2005.
27. Duval S, Tweedie R. Trim and fill: a simple funnel-plot-based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. *Biometrics* 2000;56:455-63.
28. Azhar MZ. Comparison of Fluvoxamine alone, Fluvoxamine and cognitive psychotherapy and psychotherapy alone in the treatment of panic disorder in Kelantan – implications for management by family doctors. *Med J Malaysia* 2000;55:402-8.
29. Barlow DH, Gorman JM, Shear MK et al. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;283:2529-36.
30. Bellack AS, Hersen M, Himmelhoch J. Social skills training compared with pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of unipolar depression. *Am J Psychiatry* 1981;138:1562-67.
31. Bellino S, Zizza M, Camilla R et al. Combined treatment of major depression in patients with borderline personality disorder: a comparison with pharmacotherapy. *Can J Psychiatry* 2006;51:253-60.
32. Berger P, Sachs G, Amering M et al. Personality disorder and social anxiety predict delayed response in drug and behavioral treatment of panic disorder. *J Affect Disord* 2004;80:75-8.
33. Blackburn IM, Bishop S, Glen AI et al. The efficacy of cognitive therapy in depression: a treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *Br J Psychiatry* 1981;139:181-9.
34. Blanco C, Heimberg RG, Schneier FR et al. A placebo-controlled trial of phenelzine, cognitive behavioral group therapy, and their combination for social anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:286-95.
35. Blom MB, Spinhoven P, Hoffman T et al. Severity and duration of depression, not personality factors, predict short term outcome in the treatment of major depression. *J Affect Disord* 2007;104:119-26.
36. Blomhoff S, Haug TT, Hellström K et al. Randomised controlled general practice trial of sertraline, exposure therapy and combined treatment in generalised social phobia. *Br J Psychiatry* 2001;179: 23-30.
37. Browne G, Steiner M, Roberts J et al. Sertraline and/or interpersonal psychotherapy for patients with dysthymic disorder in primary care: 6-month comparison with longitudinal 2-year follow-up of effectiveness and costs. *J Affect Disord* 2002;68:317-30.
38. Burnand Y, Andreoli A, Kolatte E et al. Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatr Serv* 2002;53:585-90.
39. Crits-Christoph P, Newman MG, Rickels K et al. Combined medication and cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 2011;25:1087-94.
40. Davidson JRT, Foa EB, Huppert JD et al. Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:1005-13.
41. de Jonghe F, Kool S, van Aalst G et al. Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *J Affect Disord* 2001;64:217-29.

42. de Mello MF, Myczcowisk LM, Menezes PR. A randomized controlled trial comparing moclobemide and moclobemide plus interpersonal psychotherapy in the treatment of dysthymic disorder. *J Psychother Pract Res* 2001;10:117-23.
43. Dozois DJA, Bieling PJ, Patelis-Siotis I et al. Changes in self-schema structure in cognitive therapy for major depressive disorder: a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2009;77:1078-88.
44. Finkenzeller W, Zobel I, Rietz S et al. Interpersonal psychotherapy and pharmacotherapy for post-stroke depression. Feasibility and effectiveness. *Nervenarzt* 2009;80:805-12.
45. Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ et al. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162:151-61.
46. Hautzinger M, de Jong-Meyer R, Treiber R et al. Wirksamkeit Kognitiver Verhaltenstherapie, Pharmacotherapie und deren Kombination bei nicht-endogenen, unipolaren Depressionen. *Zeitschr Klin Psychol* 1996;25:130-45.
47. Hellerstein DJ, Little SAS, Samstag LW et al. Adding group psychotherapy to medication treatment in dysthymia: a randomized prospective pilot study. *J Psychother Pract Res* 2001;10:93-103.
48. Hollon SD, DeRubeis RJ, Evans MD et al. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: singly and in combination. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49: 774-81.
49. Hsiao FH, Jow GM, Lai YM et al. The long-term effects of psychotherapy added to pharmacotherapy on morning to evening diurnal cortisol patterns in outpatients with major depression. *Psychother Psychosom* 2011;80:166-72.
50. Keller MB, McCullough JP, Klein DN et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med* 2000;342:1462-70.
51. King ALS, Valenca AM, de Melo-Neto VL et al. Efficacy of a specific model for cognitive-behavioral therapy among panic disorder patients with agoraphobia: a randomized clinical trial. *Sao Paulo Med J* 2011;129:325-34.
52. Koszycki D, Taljaard M, Segal Z et al. A randomized trial of sertraline, self-administered cognitive behavior therapy, and their combination for panic disorder. *Psychol Med* 2011;41:373-83.
53. Lesperance F, Frasur-Smith N, Koszycki D et al. Effects of citalopram and interpersonal psychotherapy on depression in patients with coronary artery disease: the Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy (CREATE) trial. *JAMA* 2007;297:367-79.
54. Loerch B, Graf-Morgenstern M, Hautzinger M et al. Randomised placebo-controlled trial of moclobemide, cognitive-behavioural therapy and their combination in panic disorder with agoraphobia. *Br J Psychiatry* 1999;174:205-12.
55. Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T et al. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. *Am J Geriatr* 2003;11:33-45.
56. Macaskill ND, Macaskill A. Rational-emotive therapy plus pharmacotherapy vs. pharmacotherapy alone in the treatment of high cognitive dysfunction depression. *Cogn Ther Res* 1996;20:575-92.
57. Maina G, Rosso G, Rigardetto S et al. No effect of adding brief dynamic therapy to pharmacotherapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder with concurrent major depression. *Psychother Psychosom* 2010;79:295-302.
58. Markowitz JC, Kocsis JH, Bleiberg KL et al. A comparative trial of psychotherapy and pharmacotherapy for "pure" dysthymic patients. *J Affect Disord* 2005;89:167-75.
59. Misri S, Reebye P, Corral M et al. The use of paroxetine and cognitive-behavioral therapy in postpartum depression and anxiety: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1236-41.
60. Mitchell PH, Veith RC, Becker KJ et al. Brief psychosocial-behavioral intervention with antidepressant reduces poststroke depression significantly more than usual care with antidepressant: living well with stroke: randomized, controlled trial. *Stroke* 2009;40:3073-8.
61. Murphy GE, Simons AD, Wetzel RD et al. Cognitive therapy and pharmacotherapy. Singly and together in the treatment of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:33-41.
62. Mynors-Wallis LM, Gath DH, Day A et al. Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ* 2000;320:26-30.
63. Naeem F, Waheed W, Gobbi M et al. Preliminary evaluation of culturally sensitive CBT for depression in Pakistan: findings from Developing Culturally-sensitive CBT Project (DCCP). *Behav Cogn Psychother* 2011;39:165-73.
64. Otto MW, Hinton D, Korbly NB et al. Treatment of pharmacotherapy-refractory posttraumatic stress disorder among Cambodian refugees: a pilot study of combination treatment with cognitive-behavior therapy vs sertraline alone. *Behav Res Ther* 2003;41:1271-6.
65. Prasko J, Dockery C, Horacek J et al. Moclobemide and cognitive behavioral therapy in the treatment of social phobia. A six-month controlled study and 24 months follow up. *Neuroendocrinol Lett* 2006;27:473-81.
66. Ravindran AV, Anisman H, Merali Z et al. Treatment of primary dysthymia with group cognitive therapy and pharmacotherapy: clinical symptoms and functional impairments. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1608-17.
67. Reynolds CF 3rd, Miller MD, Pasternak RE et al. Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: a controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1999;156: 202-8.
68. Rothbaum BO, Cahill SP, Foa EB et al. Augmentation of sertraline with prolonged exposure in the treatment of posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 2006;19: 625-38.
69. Shamsaei F, Rahimi A, Zarabian MK et al. Efficacy of pharmacotherapy and cognitive therapy, alone and in combination in major depressive disorder. *Hong Kong J Psychiatry* 2008;18:76-80.
70. Shareh H, Gharraee B, Atef-Vahid MK et al. Metacognitive Therapy (MCT), fluvoxamine, and combined treatment in improving obsessive-compulsive, depressive and anxiety symptoms in patients with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2010;4:17-25.
71. Sharp DM, Power KG, Simpson RJ et al. Fluvoxamine, placebo, and cognitive behaviour therapy used alone and in combination in the treatment of panic disorder and agoraphobia. *J Anxiety Dis* 1996;10: 219-42.
72. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS. The Treatment Initiation Program: an intervention to improve depression outcomes in older adults. *Am J Psychiatry* 2005;162:184-6.
73. Spinhoven P, Onstein EJ, Klinkhamer RA et al. Panic management, trazodone and a combination of both in the treatment of panic disorder. *Clin Psychol Psychother* 1996;3:86-92.
74. Tenneij NH, Megen HJ, Denys DAJP et al. Behavior therapy augments response of patients with obsessive-compulsive disorder responding to drug treatment. *J Clin Psychiatry* 2005;66:1169-75.
75. Thompson LW, Coon DW, Gallagher-Thompson D et al. Comparison of desipramine and cognitive/behavioral therapy in the treatment of elderly outpatients with mild-to-moderate depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001;9:225-40.
76. van Apeldoorn FJ, van Hout WJPJ, Huisman M et al. Is a combined therapy more effective than either CBT or SSRI alone? Results of a multicenter trial on panic disorder with or without agoraphobia. *Acta Psychiatr Scand* 2008;117:260-70.

77. Weissman MM, Prusoff BA, Dimascio A et al. The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. *Am J Psychiatry* 1979;136: 555-8.
78. Wiborg IM, Dahl AA. Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? *Arch Gen Psychiatry* 1996;53: 689-94.
79. Wiles NJ, Hollinghurst S, Mason V et al. A randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy in primary care based patients with treatment resistant depression: a pilot study. *Behav Cogn Psychother* 2008;36: 21-33.
80. Katz R, Shaw BF, Vallis TM et al. The assessment of severity and symptom patterns in depression. In: Beckham EE, Leber WR (eds). *Handbook of depression*, 2nd ed. New York: Guilford, 1995: 61-85.
81. Turner EH, Matthews AM, Linardatos E et al. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 2008;358:252-60.
82. Cuijpers P, Smit F, Bohlmeijer et al. Is the efficacy of cognitive behaviour therapy and other psychological treatments for adult depression overestimated? A meta-analytic study of publication bias. *Br J Psychiatry* 2010;196:173-8.
83. Friedman MA, Detweiler-Bedell JB, Leventhal HE et al. Combined psychotherapy and pharmacotherapy for the treatment of major depressive disorder. *Clin Psychol Sci Pract* 2004;11:47-68.
84. Otto MW, Smits JAJ, Reese HE. Combined psychotherapy and pharmacotherapy for mood and anxiety disorders in adults: review and analysis. *Clin Psychol Sci Pract* 2005;12:72-86.

DOI 10.1002/wps.20089

Una aplicación terapéutica del método de muestreo de experiencia en el tratamiento de la depresión: un estudio randomizado controlado

INGRID KRAMER^{1,2}, CLAUDIA J.P. SIMONS^{1,2}, JESSICA A. HARTMANN^{1,2}, CLAUDIA MENNE-LOTHMANN², WOLFGANG VIECHTBAUER², FRENK PEETERS², KOEN SCHRUERS², ALEX L. VAN BEMMEL^{1,2}, INEZ MYIN-GERMEYS², PHILIPPE DELESPAUL^{2,3}, JIM VAN OS^{2,4}, MARIEKE WICHERS²

¹GGzE, Institute of Mental Health Care Eindhoven and the Kempen, P.O. Box 909, 5600 AX Eindhoven, The Netherlands; ²Department of Psychiatry and Psychology, Maastricht University Medical Centre, European Graduate School of Neuroscience, SEARCH, P.O. Box 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands; ³Mondriaan Mental Health Trust, South Limburg, The Netherlands; ⁴King's College London, Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, London, UK

En la depresión, la capacidad para experimentar el afecto positivo en la vida cotidiana pronostica el restablecimiento y reduce las tasas de recaídas. Las intervenciones basadas en el método de muestreo de experiencia (ESM-I) son idealmente adecuadas para aclarar patrones personales y contextualizados de afecto positivo. El objetivo de este estudio fue analizar la información derivada del ESM añadida a los patrones personalizados de afecto positivo para determinar si es factible y útil para los pacientes y si da por resultado una reducción de los síntomas de depresión. Pacientes ambulatorios deprimidos (n = 102) que recibieron tratamiento farmacológico participaron en un estudio randomizado controlado con tres grupos: un grupo experimental que recibió retroalimentación derivada del ESM añadida, un grupo pseudoexperimental que participó en el ESM pero que no recibió retroalimentación y un grupo de control. El grupo experimental participó en un procedimiento de ESM (tres días por semana durante un periodo de seis semanas) utilizando una Palmtop. Este grupo recibió información normalizada cada semana sobre patrones personalizados de afecto positivo. Se obtuvieron las puntuaciones de la Escala de Hamilton para la Evaluación de la Depresión – 17 (HDRS) y del Inventario de Síntomas Depresivos (IDS) antes y después de la intervención. Durante un periodo de seguimiento de seis meses, se llevaron a cabo cinco evaluaciones con HDRS e IDS. La retroalimentación derivada del ESM añadida dio por resultado una disminución más intensa significativa y clínicamente relevante de la puntuación en la HDRS en relación con el grupo de control ($p < 0,01$; $-5,5$ puntos de reducción en la HDRS a los 6 meses). En comparación con el grupo pseudoexperimental, una disminución clínicamente relevante de la puntuación en la HDRS fue evidente a los 6 meses ($B = -3,6$, $p = 0,053$). Las manifestaciones depresivas autonotificadas (IDS) generaron con el tiempo el mismo patrón. La utilización de ESM-I se consideró aceptable y la alimentación proporcionada fue fácil de comprender. Los pacientes trataron de aplicar en la vida cotidiana recomendaciones de la retroalimentación derivada del ESM. Estos datos indican que la eficacia del enfoque farmacológico pasivo tradicional en el tratamiento de la depresión mayor puede intensificarse si se utiliza retroalimentación del afecto positivo en la vida cotidiana que se ajuste a la persona.

Palabras clave: Evaluación momentánea ecológica, método de muestreo de experiencia, estudio de intervención, información psicológica, trastorno depresivo, afecto positivo.

(*World Psychiatry* 2014;13:68–77)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la depresión es una de las principales causas de discapacidad (1). El mejorar la eficacia de la farmacoterapia y la psicoterapia se considera una prioridad. El aumentar el periodo de observación de las manifestaciones de depresión a las situaciones externas al consultorio podría dar por resultado una evaluación más detallada y personalizada de las influencias contextuales sobre los síntomas y por tanto puede sumarse al efecto de los tratamientos existentes.

Se ha demostrado que la autovigilancia, que comprende las evaluaciones manuales retrospectivas del afecto una vez al día, reduce los síntomas depresivos (2-4). Sin embargo, dado que las autoevaluaciones obtenidas en forma retrospectiva están sesgadas por los prejuicios emocionales y cognitivos congruentes con el estado de ánimo (5), se puede utilizar evaluaciones cotidianas prospectivas en el momento para mejorar la fiabilidad, lo que proporciona una imagen mucho más detallada de la dinámica de los síntomas depresivos, lo cual puede ayudar a optimizar las decisiones de tratamiento. Por otra parte, las evaluaciones digitales en vez de las manuales ofrecen la ventaja de que se dispone de inmediato de los datos.

La vigilancia prospectiva digitalizada, en el momento, se suele utilizar en las disciplinas médicas. La vigilancia continuada, por ejemplo, se utiliza en el tratamiento de la hipertensión y la diabetes (es decir, la presión arterial durante 24 h o la vigilancia de la glucosa plasmática). Sin embargo, en el campo de la salud mental este aspecto aún no se ha explorado. Para las variables de la salud mental el equivalente a la evaluación ambulatoria móvil de las variables médicas recientemente ha estado disponible mediante técnicas electrónicas de evaluación momentánea. Estas técnicas representan la combinación del método de muestreo de la experiencia (ESM) con nuevas herramientas electrónicas como PsyMate (6), que permite el registro electrónico directo de los datos. El ESM consta de evaluaciones repetidas de la experiencia afectiva y su contexto en el flujo de la vida cotidiana (7-9).

Hasta hace poco se ha utilizado el ESM sólo en contexto de la investigación para identificar los patrones y mecanismos de la psicopatología momento a momento (10-14). No obstante, con el advenimiento de los asistentes digitales personales (PDA) y las aplicaciones basadas en Internet, los datos de la vida real están inmediatamente disponibles para los pacientes y

los cuidadores profesionales. Esto crea la posibilidad de la intervención mediante el ESM (ESM-I) que pueden transformar los patrones dinámicos de la vida real implícitos en configuraciones explícitas, visualizadas y cuantificables, a través de los cuales los patrones disfuncionales se vuelven modificables. La ESM-I tiene la ventaja adicional de que fácilmente se puede implementar en la atención a la salud mental normal y no exige gran inversión adicional de los profesionales clínicos (6,11). Por tanto, la ESM-I constituye un nuevo enfoque viable para mejorar la atención a la salud mental personalizada y se convertirá en una herramienta móvil para la salud ampliamente utilizada en el ejercicio clínico (10-13,15).

Un nuevo e interesante avance es el uso de la autovigilancia en la vida real con ESM-I en pacientes deprimidos para esclarecer patrones personalizados de afecto positivo y el contexto en el cual se experimentan. Múltiples estudios recientes (16-19) han demostrado la importancia del sistema de recompensas y la experiencia de afecto positivo en la resistencia contra la depresión. Se demostró que el afecto muy positivo –más que su contraparte, el afecto negativo– es decisivo y necesario para pronosticar el restablecimiento tras la depresión (20-23). Por otra parte, un estudio randomizado controlado reciente demostró que la asignación a una intervención que aumentaba la experiencia del afecto positivo en la vida real se relacionaba con una disminución importante de los síntomas de depresión (22). Por tanto, el siguiente paso en el tratamiento de la depresión es analizar si se puede utilizar la autovigilancia como una intervención para incrementar la comprensión de los patrones personalizados de afecto positivo. La retroalimentación personalizada enfocada en el afecto positivo y su contexto puede ayudar tanto al paciente como al cuidador profesional en su búsqueda de oportunidades personalizadas para incrementar la experiencia de ese afecto, posibilitando así el restablecimiento tras la depresión.

Aunque los razonamientos anteriores parecen indicar que la ESM-I representa un método nuevo con el potencial de mejorar el tratamiento en la atención a la salud mental, también es necesario valorar la factibilidad y la preferencia del paciente. Existe la necesidad de saber cómo los pacientes experimentan este procedimiento y si pueden y están dispuestos a participar.

Por tanto, los objetivos del presente estudio fueron analizar: a) si se puede utilizar la información personalizada derivada del ESM, en combinación con la medicación antidepresiva estándar, como un tratamiento añadido eficaz para los síntomas depresivos con el propósito de aumentar los recursos de los pacientes en relación con la experiencia afectiva positiva; b) si la ESM-I se considera factible y útil no por los pacientes.

A nuestro entender, este es el primer estudio randomizado controlado en que se utiliza ESM como una intervención terapéutica nueva en pacientes deprimidos, con la finalidad de mejorar el tratamiento personalizado.

MÉTODOS

Participantes y diseño

Paciente ambulatorios deprimidos que acudieron en forma consecutiva a centros de atención psiquiátrica que atendían en zonas de asistencia de las ciudades holandesas de Eindhoven y

Maastricht fueron invitados por sus profesionales sanitarios y reclutados en el estudio. Además, el alistamiento en las mismas zonas asistenciales también fue realizado independientemente del contacto con los servicios de atención psiquiátrica y mediante la distribución de carteles y volantes en los centros de atención a la salud y en los medios locales. El reclutamiento ocurrió entre enero de 2010 y febrero de 2012.

Los criterios de inclusión fueron: edad 18 a 65 años; un diagnóstico de episodio depresivo según el DSM-IV-TR con una puntuación total actual en la Escala de Hamilton para la Evaluación de la Depresión – 17 (HDRS) (24) de por lo menos 8 (es decir, por arriba del umbral de remisión e incluyendo estados de depresión residuales); recibir tratamiento farmacológico con antidepresivos o estabilizadores afectivos; capacidad visual adecuada; destrezas en el idioma holandés suficientes; ningún diagnóstico actual o de un trastorno psicótico no afectivo en el curso de la vida y ningún episodio hipomaniaco o mixto en el último mes.

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética Médica del Centro Médico de la Universidad de Maastricht. Se registró el estudio en el Registro de Estudios Neerlandés (Identificador: NTR1974).

Se llevó a cabo un estudio randomizado controlado con tres grupos de tratamiento. Después del inicio, los pacientes fueron asignados de manera aleatoria al grupo experimental, al pseudoexperimental o al de control. Además del tratamiento usual (TAU), el grupo experimental participó en un procedimiento de ESM (tres días a la semana durante un periodo de seis semanas) utilizando una Palmtop. Este grupo recibió retroalimentación normalizada cada semana sobre patrones personalizados de afecto positivo. Se brindó retroalimentación tanto al paciente como al profesional de la salud mental. El grupo pseudoexperimental también participó en el procedimiento de ESM (tres días a la semana durante un periodo de seis semanas) además del TAU, pero sin retroalimentación. El grupo de control no recibió ninguna intervención adicional durante el TAU.

Se estratificó la asignación aleatoria (cociente de asignación 1:1:1) de acuerdo con la duración de la farmacoterapia antidepresiva (nuevo/cambio frente a mantenimiento, es decir, recepción de antidepresivo o medicación estabilizadora del afecto durante menos frente a más de ocho semanas antes de ingresar en el estudio) y psicoterapia actual (sí o no). La secuencia de asignación aleatoria en bloques de seis (utilizando en generador de secuencia de la página Web random.org) fue generada por el primer autor de este artículo. Un asistente de investigación independiente redactó el código de distribución aleatoria en sobres numerados y sellados. Después de concluir todas las evoluciones iniciales, el entrevistador asignó a los participantes a su categoría de tratamiento basándose en el código de distribución aleatoria en el sobre sellado (que se abrió en orden de secuencia). Los entrevistadores no tuvieron enmascaramiento con respecto a la asignación de los pacientes al tratamiento.

Procedimiento

La figura 1 muestra el flujo y el procedimiento de los participantes durante todo el estudio. El protocolo del estudio consistió en una entrevista telefónica, una selección, una evaluación inicial (semana 0), un periodo de intervención de seis

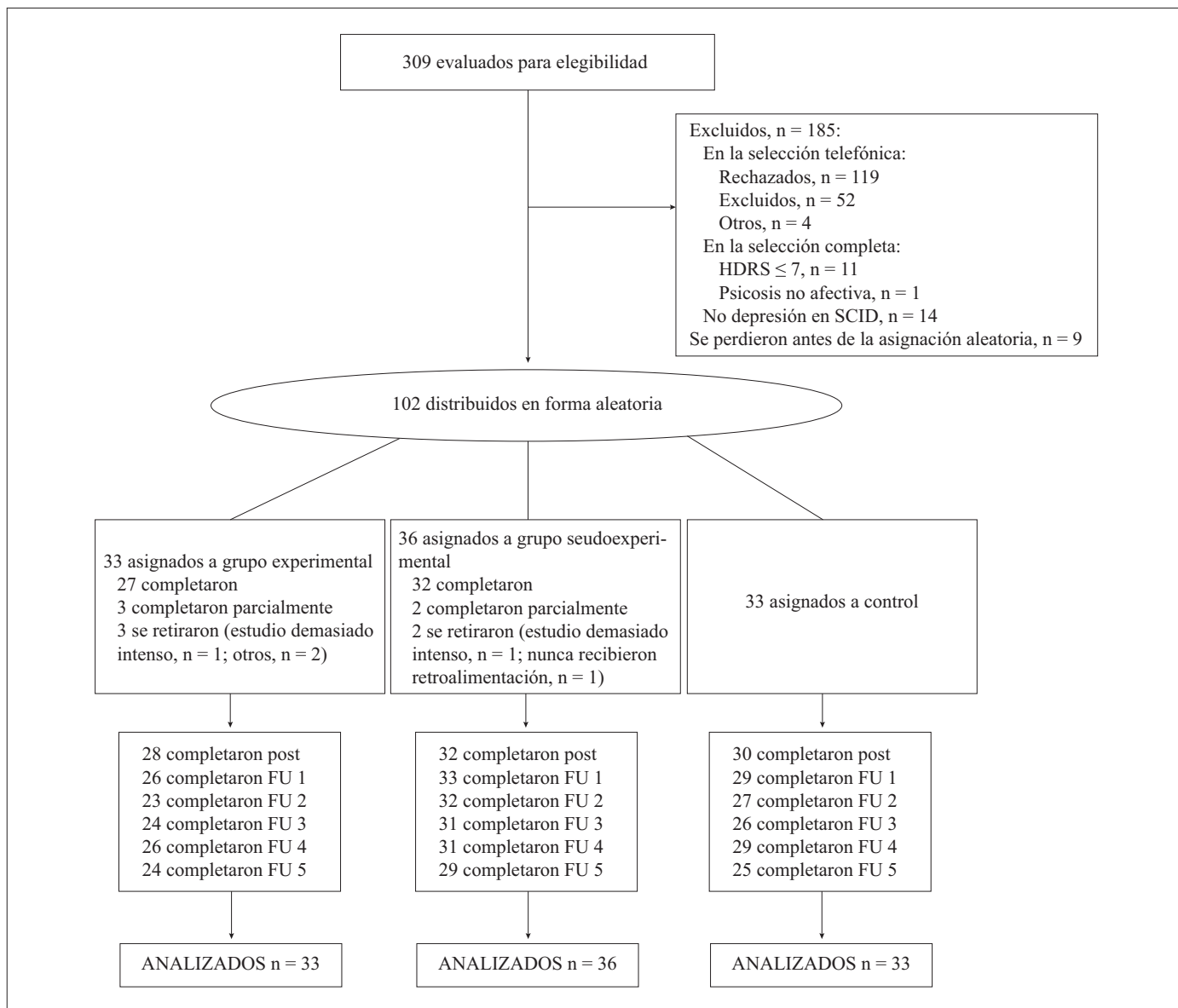


Figura 1. Diagrama de flujo del estudio. HDRS, Escala de Hamilton para la Evaluación de la Depresión -17; SCID, Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV; post, evaluación inmediata; FU, evaluación de seguimiento.

semanas (semanas 1 a 6), una postevaluación (semana 7) y cinco evaluaciones de seguimiento (en las semanas 8, 12, 16, 20, 32). Desde el inicio (semana 0) en adelante, la duración global del estudio fue 32 semanas.

El proceso de reclutamiento comenzó con una breve entrevista telefónica realizada por un psicólogo o un psiquiatra para establecer si posiblemente se cumplía los criterios de inclusión. Durante la detección, se administró la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV -Trastornos de Eje I- (SCID-I) (25), la HDRS y el Inventario de Síntomas de Depresión de 30 apartados (IDS-SR) (26).

La entrevista semiestructurada de la HDRS y el cuestionario de autonotificación de IDS, que evalúan la gravedad de los síntomas depresivos, fueron llenados al inicio, en la postevaluación y en el seguimiento. Se utilizó el IDS como una medida que es independiente de la interpretación del entrevistador. Las evaluaciones del ESM se llevaron a cabo como parte de la

valoración inicial (semana 0), durante el periodo de intervención de 6 semanas (semanas 1 a 6) y en la postevaluación (semana 7). La factibilidad del procedimiento de medición con ESM y la conveniencia de la información derivada del ESM sobre el afecto positivo se evaluaron a través de preguntas específicas, en la que los apartados se calificaron en escalas de Likert (1 = «definitivamente no» a 7 = «mucho»).

Se llevó a cabo el ESM de acuerdo con los estudios previos (7,27-29). Se utilizó el recién desarrollado PsyMate, una Palm-top, para recolectar digitalmente las evaluaciones momentáneas del afecto positivo de la vida diaria en relación con el contexto momentáneo y la actividad. El PsyMate fue programado para emitir un pitido 10 veces al día a intervalos aleatorios en cada uno de 10 bloques de tiempo de 90 min entre las 7.30 y las 22.30. En cada pitido, los participantes utilizaban la PsyMate para completar digitalmente un cuestionario de pitido breve que incluía afecto actual (cuatro apartados de afecto positivo y

seis apartados de afecto negativo) así como el contexto actual y las actividades («actividades de la vida cotidiana», «personas presentes», «actividad física», y «sucesos»). Los indicadores de afecto positivo de PsyMate fueron los adjetivos «alegre», «satisfecho», «entusiasta» y «relajado» (22). El afecto negativo se indexó según los adjetivos «deprimido», «susplicaz», «culpable», «irritado», «triste», «ansioso». Las autoevaluaciones fueron calificadas en escalas de Likert de 7 puntos (que fluctuaban de 1 = «definitivamente no» a 7 = «muy»). Se dieron instrucciones a los participantes para que llenaran los cuestionarios tras el pitido lo más pronto posible después del sonido.

Durante la evaluación inicial de ESM a los 5 días y la postevaluación de ESM a los 5 días, se generaron 10 cuestionarios con pitido por día. Por consiguiente, el número total de cuestionarios con pitido fue 50 tanto para las evaluaciones iniciales del ESM como las postevaluaciones del ESM. Durante el periodo de intervención de 6 semanas, los participantes llenaron 10 cuestionarios con pitido al día durante tres días consecutivos (10 X 3 X 6 = 180 cuestionarios con pitido).

El procedimiento de ESM se explicó en una sesión introductoria inicial y se llevó a cabo una práctica para garantizar que los participantes comprendían las preguntas y el dispositivo. Las reuniones informativas para evaluar aspectos de la factibilidad del procedimiento de ESM con PsyMate se programaron inmediatamente después de la evaluación inicial de ESM.

Intervención

El grupo experimental recibió información derivada del ESM normalizada. Las sesiones de retroalimentación se llevaron a cabo inmediatamente después del procedimiento de ESM cada semana. En estas sesiones el investigador (un psicólogo o un psiquiatra) proporcionó la información. La información sobre el estado afectivo momentáneo de los participantes en contextos de la vida diaria específicos y la relación con los síntomas de depresión se envió verbalmente, por escrito y mediante gráficas (figura 2). La información mostró niveles reales de afecto positivo (la media de los apartados «alegres», «satisfechos», «entusiastas» y «relajados») en el contexto de las actividades de la vida diaria (figs. 2a y 2b), sucesos y situaciones sociales. La segunda parte de la retroalimentación mostró cambios en el nivel de afecto positivo (fig. 2c) y el número de manifestaciones de depresión en el curso de la intervención de ESM.

La información derivada del ESM se dividió en tres módulos. En cada módulo, se añadió en forma acumulada un nuevo elemento de información. Las primeras sesiones de retroalimentación (1 y 2) se enfocaron en el afecto positivo experimentado durante las actividades. Las sesiones 3 y 4 de retroalimentación se enfocaron además en el afecto positivo experimentado después de los sucesos diarios, distinguiendo ente el afecto experimentado durante los sucesos evaluados con un locus de control interno por contraposición a externo. Por último, las sesiones de retroalimentación 5 y 6 se enfocaron además en el afecto experimentado durante las interacciones sociales en la vida cotidiana.

La opinión de los participantes sobre los procedimientos de retroalimentación se evaluó en la postevaluación.

El grupo pseudoexperimental fue similar en el procedimiento al grupo experimental excepto que no se dio retroalimenta-

ción. Para evitar cualquier efecto de duración diferente de las sesiones de este grupo se llenaron con una actividad alternativa (una entrevista con HDRS adicional).

Análisis estadístico

Se llevaron a cabo análisis estadísticos utilizando STATA 12.1 (30). Los datos tenían una estructura jerárquica, debido a que múltiples evaluaciones de los síntomas depresivos en la HDRS y el IDS estaban conglomeradas en los pacientes.

En primer lugar, para evaluar la repercusión de la asignación del tratamiento sobre la evolución de los síntomas de depresión, se registró en una gráfica la media de las puntuaciones totales en HDRS en función del tiempo (en semanas a partir del inicio hasta el último seguimiento) para cada uno de los tres grupos. El mejor ajuste provino de un modelo lineal (tiempo) para el grupo experimental y de control y un modelo polinómica (tiempo y tiempo²) para el grupo pseudoexperimental.

Enseguida, se utilizó el comando XTMIXED para llevar a cabo un análisis de regresión multinivel considerando la interacción bidireccional entre el tiempo (en semanas) y la asignación del tratamiento como efectos fijos, los pacientes como intercepto aleatorio y un declive aleatorio para el tiempo. La covarianza se estableció en no estructurada. Se utilizó el comando LINCOM para calcular los efectos intergrupales estimados. Una diferencia de tres o más puntos en HDRS se consideró *a priori* como clínicamente relevante (31,32).

Los cálculos de la potencia utilizando el comando SAMPSI de STATA (30) se basaron en investigaciones previas (33) y condujeron a un tamaño de la muestra inicial de 120 con una potencia de 84% para detectar una diferencia de 3 puntos en la puntuación en HDRS (31,32). Sin embargo, dado que se excluyó a muchos participantes, la tasa de inclusión fue más baja que la esperada. El número final de pacientes que participó en el estudio fue 102.

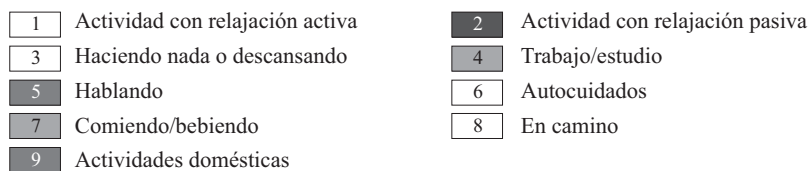
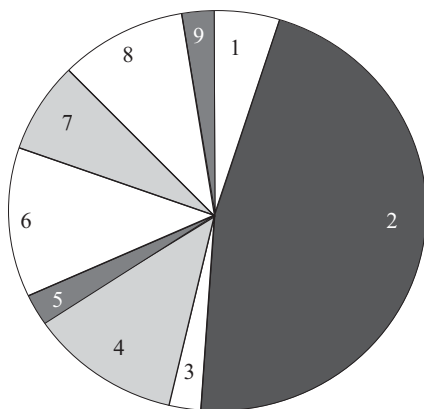
RESULTADOS

En la Tabla 1 se muestran las características de la muestra de sujetos que se incluyeron en la detección. No hubo diferencias considerables o significativas en las características socio-demográficas entre los grupos, pero en la evaluación inicial hubo algunas diferencias en las manifestaciones clínicas. En comparación con el grupo pseudoexperimental y de control, los pacientes del grupo experimental utilizaban litio con más frecuencia y mostraban calificaciones totales más bajas en HDRS e IDS (Tabla 1). Las diferencias de grupos en HDRS e IDS o utilización de litio no fueron significativas al inicio (dos semanas después, es decir, inmediatamente antes de iniciar la intervención) ($F(2;98) = 1,00, p = 0,37$; $F(2;98) = 1,52, p = 0,22$, y $\chi^2(2) = 4,65, p = 0,10$, respectivamente).

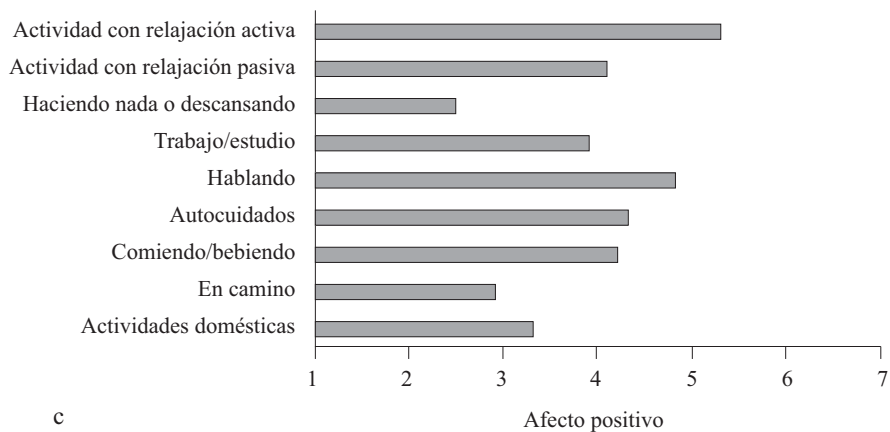
De los 102 pacientes distribuidos en forma aleatoria, 93 completaron por lo menos una evaluación en HDRS durante el periodo de valoración postintervención de aproximadamente seis meses. No hubo diferencias considerables o significativas entre los grupos al terminar por lo menos una evaluación en HDRS durante este periodo ($\chi^2(2) = 0,93, p = 0,62$). Se obtuvieron hallazgos similares para la IDS ($\chi^2(2) = 0,93, p = 0,62$).

De los 69 pacientes asignados al grupo experimental o seu-

a



b



c

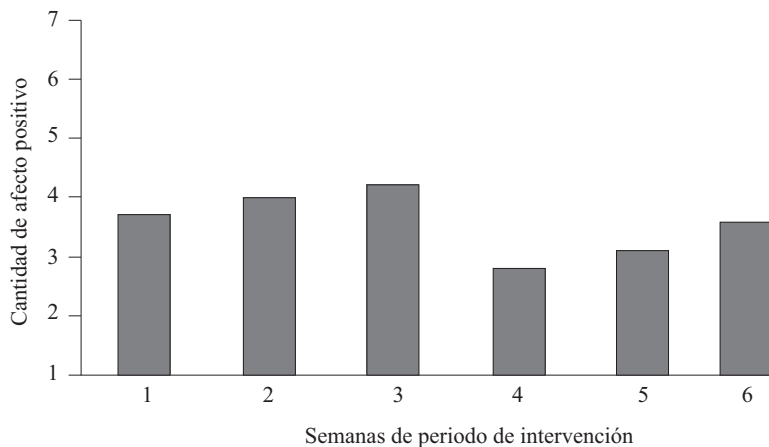


Figura 2. Ejemplos de gráficas de retroalimentación. (a) Cantidad de tiempo invertido en diferentes tipos de actividades. (b) Cantidad de afecto positivo experimentado según tipo de actividad. (c) Media del grado de afecto positivo durante el periodo de intervención de 6 semanas.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de la muestra de estudio en la selección

	Total (n= 102)	Experimental (n=33)	Pseudo-experimental (n=36)	Controles (n = 33)	Parámetro de prueba	df	p
Edad (media ± DE)	48.0 ± 10.2	48.7 ± 10.2	46.7 ± 9.6	48.9 ± 10.9	χ^2 52.06	2	0.36
Género sexual (M/F)	46/56	17/16	14/22	15/18	χ^2 51.11	2	0.57
Nivel educativo							
Bajo	25	6	9	10			
Medio	38	12	14	12	χ^2 51.73	4	0.79
Alto	39	15	13	11			
Trabajo de tiempo completo o parcial	35	13	10	12	χ^2 51.12	2	0.57
Vive con pareja/propia familia	53	18	17	18	χ^2 50.50	2	0.78
Trastorno bipolar	9	5	2	2	χ^2 52.43	2	0.39
Comorbilidad del Eje I del DSM-IV	40	12	16	12	χ^2 50.64	2	0.73
Puntuación total en HDRS (media ± DE)	15.8 ± 4.6	14.1 ± 4.5	16.2 ± 4.8	17.0 ± 4.3	F= 3.64	2;99	0.03
Puntuación total en IDS (media ± DE)	36.2 ± 10.4	32.9 ± 10.2	36.4 ± 10.0	39.2 ± 10.5	F= 3.19	2;99	0.04
Síntomas en GAF (media ± DE)	56.3 ± 7.7	58.0 ± 7.5	55.9 ± 7.6	55.0 ± 7.8	F= 1.35	2;95	0.26
Discapacidad en GAF (media ± DE)	54.6 ± 10.9	54.0 ± 10.5	55.9 ± 11.5	53.9 ± 10.9	F= 0.34	2;95	0.71
Antidepresivo							
Inicio/cambio	19	5	6	8	χ^2 51.04	2	0.66
Mantenimiento	83	28	30	25			
Utilización actual de benzodiazepinas	30	7	10	13	χ^2 52.70	2	0.27
Utilización actual de antipsicóticos	26	6	8	12	χ^2 53.18	2	0.24
Utilización actual de hipnóticos	22	5	9	8	χ^2 51.19	2	0.55
Utilización actual de litio	11	7	1	3	χ^2 56.23	2	0.049
Psicoterapia actual	10	4	4	2	χ^2 50.77	2	0.77

HDRS, Escala de Hamilton para la Evaluación de la Depresión, IDS, Inventario de Síntomas de Depresión; GAF, Evaluación Global del Funcionamiento

Nivel educativo, bajo: no/primaria/secundaria baja, media: secundaria/vocacional baja, alta: vocacional más alta/universidad

doexperimental, 59 (85,5%) completaron el periodo experimental de 6 semanas, comprendiendo 6 X 3 de ESM y seis sesiones de intervención correspondientes. No hubo diferencias considerables o significativas en los síntomas de depresión iniciales entre los pacientes que completaron todo el periodo de intervención y los que no lo hicieron (HDRS: $B = 0,76$, $p = 0,72$; IDS: $B = 1,03$, $p = 0,80$). El número promedio de cuestionarios con pitido llenados en estos 59 pacientes fue $135,5 \pm 16,5$ de 180, lo que indicó una tasa de terminación de 75,3%. No hubo diferencias significativas entre el grupo experimental en contraposición al pseudoexperimental en la media del número de cuestionarios con pitido llenados durante todo el periodo de intervención ($t = 0,91$, $df = 57$, $p = 0,18$) o el número de pacientes que completaron las seis sesiones de intervención ($\chi^2(1) = 0,69$, $p = 0,50$). Las sesiones de retroalimentación duraron significativamente más (media: $48,9 \pm 11,2$ min, rango 27-105 min) en comparación con la sesiones de entrevista pseudoexperimental (media: $39,5 \pm 12,9$ min, rango 15-90 min) ($B = 9,57$, $p < 0,001$).

La figura 3 muestra los resultados del análisis de regresión multinivel de la interacción entre la asignación del tratamiento y el tiempo en las calificaciones en HDRS e IDS. El grupo experimental demostró una disminución semanal significativamente mayor en los síntomas de depresión durante todo el periodo de estudio en comparación con el grupo de control (HDRS: $B = -0,15$, $p < 0,001$; IDS: $B = -0,29$, $p = 0,002$). Las comparaciones intergrupales demostraron que la disminución de los síntomas depresivos en el grupo experimental en com-

paración con el grupo de control se volvió significativa en la semana 8 (IDS) y 11 (HDRS) y duró hasta el final del estudio (semana 32). Con el tiempo, las diferencias entre el grupo experimental y el de control se volvieron más potentes, alcanzando una diferencia de puntos en HDRS de $-5,5$ y una diferencia de puntos en IDS de $-13,1$ en la semana 32.

El grupo pseudoexperimental siguió un patrón diferente: mostró puntuaciones en HDRS e IDS significativamente más bajas que el grupo de control, comenzando directamente después del periodo de intervención (semana 7). Sin embargo, la disminución inicial de los síntomas depresivos no persistió hasta la última evaluación: después de la semana 26 (HDRS) y la semana 28 (IDS), la diferencia en los síntomas depresivos entre el grupo pseudoexperimental y el grupo de control ya no fue significativa (fig. 3). En comparación con el grupo pseudoexperimental, los pacientes del grupo experimental mostraron calificaciones en HDRS más bajas clínicamente relevantes, definidas *a priori* como una disminución de 3 o más puntos (31,32), al final del estudio (semanas 31 y 32) ($B = -3,1$, $p = 0,08$ y $B = -3,6$, $p = 0,053$, respectivamente).

Los pacientes del grupo de control no demostraron ningún cambio en las puntuaciones en HDRS e IDS en el curso del estudio ($B = -0,02$, $p = 0,56$, y $B = 0,01$, $p = 0,92$, respectivamente).

La Tabla 2 muestra los resultados de la factibilidad estimada por el paciente de ESM-I. Los resultados indicaron que el procedimiento no fue muy estresante con respecto al número de pitidos por día, tiempo para llenar un cuestionario tras el

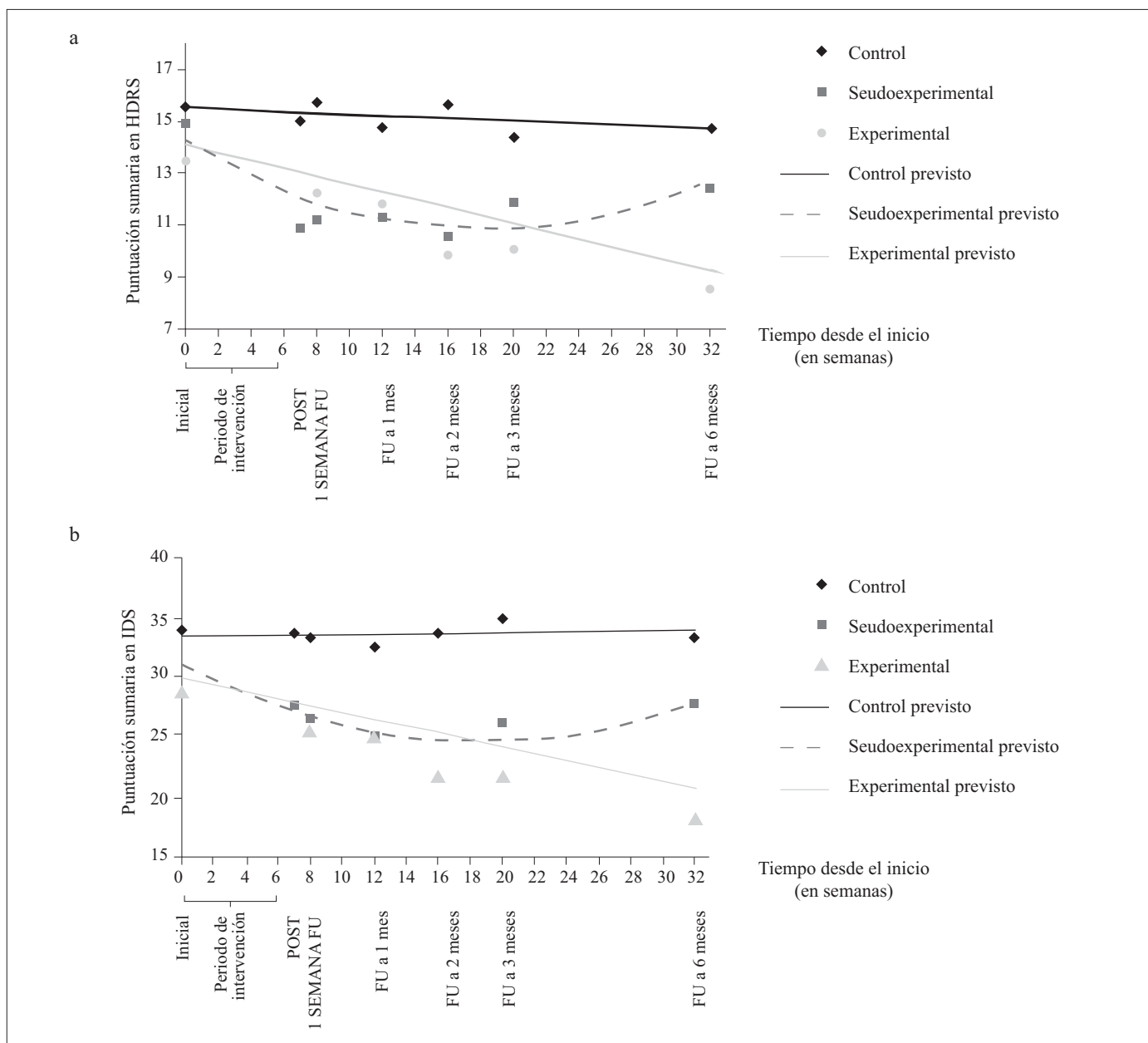


Figura 3. Gráficas de puntuaciones medias de depresión y líneas previstas en función del tiempo. (a) Escala de Hamilton para la Evaluación de la Depresión (HDRS). (b) Inventario de Síntomas de Depresión (IDS). POST, postevaluación inmediata; FU, evaluación de seguimiento.

pitido o el sonido del pitido. Las instrucciones sobre cómo utilizar la PsyMate se evaluaron como muy claras. La Tabla 2 muestra los resultados con respecto a las opiniones de los participantes sobre la retroalimentación derivada del ESM, lo que indica que la retroalimentación sobre el afecto positivo fue relativamente fácil de comprender. Además, los participantes apreciaron el obtener información derivada del ESM y trataron de aplicar las recomendaciones de la reatrolimentación en sus vidas cotidianas.

DISCUSIÓN

Este estudio muestra que la utilización de la técnica de evaluación momentánea añadida puede ser eficaz como una herra-

mienta terapéutica que complemente el tratamiento antidepresivo normal. La asignación a un grupo de intervención con retroalimentación derivada del ESM sobre el afecto positivo se asoció con el tiempo a una disminución lineal de los síntomas depresivos en HDRS que persistió hasta el último seguimiento 6 meses más tarde. La diferencia con el grupo seudoexperimental fue clínicamente relevante y marginalmente significativa.

Aunque se ha recomendado antes la utilización de la retroalimentación derivada de ESM en el tratamiento de la depresión (8,10,11,34,35), el presente estudio es, a nuestro entender, el primer ensayo randomizado y controlado en el que se analiza sistemáticamente la ESM-I como una herramienta terapéutica para proporcionar a los pacientes deprimidos una comprensión de los patrones personalizados del afecto positivo. En relación con recibir sólo tratamiento farmacológico pasivo, los pacien-

Tabla 2. Factibilidad del procedimiento estimada por el paciente y sus opiniones sobre la retroalimentación

	Media (mínimo-máximo) (escala 1-7)	DE	N (sujetos)
Factibilidad del procedimiento			
¿Era legible el texto en la pantalla?	5.8 (2-7)	1.4	102
¿Fue difícil encender PsyMate?	5.8 (2-7)	1.4	102
¿Fue difícil controlar PsyMate?	1.4 (1-5)	0.8	102
¿Fueron claras las instrucciones verbales que recibió sobre el empleo de PsyMate?	6.6 (3-7)	0.7	102
¿Fueron claras las instrucciones por escrito que recibió con la PsyMate?	6.5 (1-7)	1.0	96
¿No fueron claras o fueron difíciles las preguntas que respondió en PsyMate?	2.6 (1-6)	1.5	102
¿Le resultó algo desagradable o estresante utilizar PsyMate?			
¿Con respecto al número de pitidos por día?	3.1 (1-7)	1.6	102
¿Con respecto al tiempo que tardó en dar respuesta a las preguntas tras un solo pitido?	2.5 (1-7)	1.5	102
¿Con respecto al volumen de los ruidos/sonidos?	2.0 (1-7)	1.5	102
Información derivada del ESM			
Me resultó fácil comprender la explicación que se me dio con la retroalimentación	6.1 (4-7)	0.6	25
El investigador pudo responder bien a mis preguntas cuando hubo algo que no entendí	6.4 (6-7)	0.5	24
Me desagradó que no se me permitiera obtener las respuestas sobre (ayuda) preguntas que se referían a mis problemas específicos	2.3 (1-6)	1.6	22
¿Le gustaría haber recibido más asesoría específica después que recibió la retroalimentación?	3.2 (1-6)	2.0	25
Aprecié el obtener un resumen de la retroalimentación	6.2 (5-7)	0.7	25
Me resultó fácil comprender el resumen de la retroalimentación	6.2 (3-7)	0.9	25
Me gustó obtener información en forma de gráficas	6.5 (4-7)	0.7	24
Me resultó fácil comprender la información en las gráficas	6.3 (3-7)	0.9	25
He tratado de aplicar las recomendaciones de la retroalimentación en mi vida diaria	5.4 (3-7)	1.1	25
La cantidad de información en la retroalimentación fue exactamente correcta	5.4 (4-7)	0.9	25
La duración del contacto reservado para la retroalimentación fue exactamente correcta	6.2 (4-7)	0.4	25

tes deprimidos que recibieron información adicional sobre oportunidades personalizadas para el afecto positivo mostraron una disminución clínicamente relevante y persistente en los síntomas de depresión.

Esto podría reflejar una mayor comprensión y un cambio concomitante hacia patrones de conducta que incrementan el afecto positivo. En contraste, los efectos en el grupo pseudoexperimental (autovigilancia sin retroalimentación) no parecieron persistir. Dado que estos pacientes pueden haber pensado que estaban recibiendo la intervención experimental, esto podría reflejar una respuesta al placebo. Otra conjetura es que estos hallazgos son resultado de un efecto breve de activación de la conducta atribuible a las citas en el consultorio cada semana durante el periodo de intervención. Por otra parte, estas consultas, en las cuales los pacientes tenían la oportunidad de compartir sus sentimientos de depresión, pueden haberse experimentado como más apoyadoras que las citas para retroalimentación experimental, lo que explicaría las reducciones inmediatas más intensas en los síntomas en este grupo. Por último, aunque es una conjetura, el efecto de la autovigilancia continuada (es decir, sin retroalimentación derivada de ESM-I) sobre los síntomas depresivos también puede explicarse por un aumento de la percatación emocional momentánea (36). Esto puede convertir al ESM-I en una herramienta interesante para utilizar en la psicoterapia cognitiva basada en la atención plena, según lo señalan Telford, et al (36).

Aunque las intervenciones basadas en las técnicas de evaluación momentánea se han desarrollado para varios trastornos mentales y conducta que promueven la salud (15,37-43), toda-

vía es limitada la implementación real en la atención psiquiátrica (12). Son ejemplos las intervenciones dirigidas a practicar técnicas de reducción de la ansiedad (39), recordar a los pacientes que utilicen destrezas previamente aprendidas (43) o recordar a los pacientes sobre el cumplimiento de la medicación (41). Las intervenciones que proporcionaron esclarecimientos derivados de evaluaciones momentáneas fueron desarrolladas para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (38) y los ataques de migraña (44).

Los pacientes con depresión leve a grave (45,46) pudieron y se sintieron motivados para completar mediciones en ESM durante un periodo más prolongado (18 días) y participaron activamente en su proceso de restablecimiento al tratar de implementar las recomendaciones derivadas de la retroalimentación de ESM en su vida cotidiana personal. De manera que los resultados actuales indican que las intervenciones de ESM como un tratamiento añadido pueden ser tanto factibles como eficaces para los pacientes que sufren trastorno depresivo leve a grave, incluidos los estados de depresión residual que se asocian a morbilidad importante (47-52).

Una primera limitación de este estudio es que ni los pacientes ni los investigadores tuvieron enmascaramiento con respecto a la asignación del tratamiento. Si el conocimiento de la asignación dio por resultado calificaciones de depresión sesgadas por el paciente se esperaría, en contraste con los resultados actuales, que el grupo experimental (en relación con el grupo de control) demostrase la mayor disminución de la depresión en HDRS en la evaluación postintervención. El que los investigadores conocieran la asignación no dio lugar a evaluaciones

sesgadas de la depresión en HDRS, pues los análisis que utilizaron la escala de depresión de auto-notificada del IDS generaron resultados similares. En segundo lugar, aunque demostramos diferencias en magnitud de efecto clínicamente significativas entre el grupo experimental y el pseudoexperimental, estas diferencias no fueron concluyentes según la alfa habitual. Esto puede relacionarse con el hecho de que la muestra fue un poco más pequeña ($n = 102$) en comparación con el tamaño de la muestra ($n = 120$) necesario para obtener la potencia de $>0,80$. Por último, dado que el mayor tiempo de atención directa puede reducir las manifestaciones de depresión, la duración prolongada (aproximadamente 10 min) de las sesiones de retroalimentación pueden haber tenido una influencia en los resultados. Sin embargo, dada la semejanza entre los dos grupos con respecto a las evaluaciones de ESM semanales y el contacto directo semanal subsiguiente con el investigador, es improbable que esto haya tenido una gran repercusión en los resultados.

El empleo de la ESM-I en la atención psiquiátrica tiene el potencial de llenar el vacío entre el consultorio del terapeuta y la vida cotidiana de los pacientes, al llevar la vida cotidiana de los pacientes al consultorio del terapeuta y crear la oportunidad para extender el contexto terapéutico a la vida diaria de los pacientes. Lo último puede lograrse mediante una aplicación de la ESM-I interactiva basada en Internet que proporcione retroalimentación en el momento con base en patrones individuales del afecto y la conducta evaluados previamente. Esto puede aclarar aspectos útiles específicos de la persona que no sólo favorecen la terapia individualizada sino también el proceso diagnóstico, la vigilancia del cambio temprano en respuesta a las alteraciones de la medicación o la identificación de patrones afectivos individuales que indican restablecimiento o recaídas (53). Este enfoque se podría integrar en la psicoterapia cognitiva conductual (54) y puede crear un acceso continuo a la atención y provisión de la misma. En la actualidad se están desarrollando las aplicaciones de ESM-I interactivas basadas en Internet y se necesitan estudios para analizar su eficacia del tratamiento así como su rentabilidad.

Aunque los presentes hallazgos indican que el proporcionar información derivada de ESM a los pacientes deprimidos es factible y conduce a una disminución duradera de los síntomas de depresión, es necesario que se reproduzcan estos resultados.

Agradecimientos

M. Wichers fue apoyado por la Organización Neerlandés para la Investigación Científica (beca VENI núm. 916.76.147). El estudio fue financiado por el Consejo Holandés de Investigación en Salud (becas ZON-MW núm. 171001002 y 91501003). La herramienta con la cual se llevaron a cabo evaluaciones momentáneas (PsyMate) es desarrollada bajo los auspicios de la oficina de transferencia tecnológica de la Universidad de Maastricht, parcialmente apoyada por becas irrestrictas de Servier and Janssen-Cilag. La investigación que dio lugar a estos resultados ha recibido financiación del Séptimo Programa Modelo de la Comunidad Europea bajo el acuerdo de beca Núm. HEALTH-F2-2009-241909 (Proyecto EU-GEI). Los autores agradecen a todos los pacientes por participar y a todos los centros de salud mental colaboradores por su apoyo en el reclutamiento de los pacientes. También agradecen a W. Beuken y T. Driessen por su apoyo administrativo y a P.

Höohn, K. Akkermans, R. Diederens, K. Gielen, M. Hendriks y E. Pols por su apoyo para la adquisición de datos. Los primeros dos autores contribuyeron en igual proporción a esta investigación.

Bibliografía

1. World Health Organization. Depression. A global public health concern. Geneva: World Health Organization, 2012.
2. Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:658-70.
3. Fuchs CZ, Rehm LP. A self-control behavior therapy program for depression. *J Consult Clin Psychol* 1977;45:206-15.
4. Lewinsohn PM. A behavioral approach to depression. In: Friedman RJ, Katz M (eds). *The psychology of depression: contemporary theory and research*. Oxford: Wiley, 1974:157-78.
5. Koster EHW, De Raedt R, Leyman L et al. Mood-congruent attention and memory bias in dysphoria: exploring the coherence among information-processing biases. *Behav Res Ther* 2010;48: 219-25.
6. Myin-Germeys I, Birchwood M, Kwapil T. From environment to therapy in psychosis: a real-world momentary assessment approach. *Schizophr Bull* 2011;37:244-7.
7. Csikszentmihalyi M, Larson R. Validity and reliability of the experience-sampling method. *J Nerv Ment Dis* 1987;175:526-36.
8. van der Rot M, Hogenelst K, Schoevers RA. Mood disorders in everyday life: a systematic review of experience sampling and ecological momentary assessment studies. *Clin Psychol Rev* 2012;32:510-23.
9. Myin-Germeys I, Oorschot M, Collip D et al. Experience sampling research in psychopathology: opening the black box of daily life. *Psychol Med* 2009;39:1533-47.
10. Wichers M, Hartmann JA, Kramer IMA et al. Translating assessments of the film of daily life into person-tailored feedback interventions in depression. *Acta Psychiatr Scand* 2011;123:402-3.
11. Wichers M, Simons CJP, Kramer IMA et al. Momentary assessment technology as a tool to help patients with depression help themselves. *Acta Psychiatr Scand* 2011;124:262-72.
12. Trull TJ, Ebner-Priemer U. Ambulatory assessment. *Annu Rev Clin Psychol* 2013;9:151-76.
13. Trull TJ, Ebner-Priemer UW. Using experience sampling methods/ecological momentary assessment (ESM/EMA) in clinical assessment and clinical research: introduction to the special section. *Psychol Assess* 2009;21:457-62.
14. Thewissen V, Bentall RP, Oorschot M et al. Emotions, self esteem, and paranoid episodes: an experience sampling study. *Br J Clin Psychol* 2011;50:178-95.
15. Heron KE, Smyth JM. Ecological momentary interventions: incorporating mobile technology into psychosocial and health behaviour treatments. *Br J Health Psychol* 2010;15:1-39.
16. Wichers MC, Barge-Schaapveld DQCM, Nicolson NA et al. Reduced stress-sensitivity or increased reward experience: the psychological mechanism of response to antidepressant medication. *Neuropsychopharmacology* 2009;34:923-31.
17. Wichers M, Peeters F, Geschwind N et al. Unveiling patterns of affective responses in daily life may improve outcome prediction in depression: a momentary assessment study. *J Affect Disord* 2010;124:191-5.
18. Dunn BD. Helping depressed clients reconnect to positive emotion experience: current insights and future directions. *Clin Psychol Psychother* 2012;19:326-40.
19. Garland EL, Fredrickson B, Kring AM et al. Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: insights from the broaden-and-build theory and affective neuroscience on

- the treatment of emotion dysfunctions and deficits in psychopathology. *Clin Psychol Rev* 2010;30:849-64.
20. Geschwind N, Nicolson NA, Peeters F et al. Early improvement in positive rather than negative emotion predicts remission from depression after pharmacotherapy. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011;21:241-7.
 21. Dichter GS, Felder JN, Petty C et al. The effects of psychotherapy on neural responses to rewards in major depression. *Biol Psychiatry* 2009;66:886-97.
 22. Geschwind N, Peeters F, Drukker M et al. Mindfulness training increases momentary positive emotions and reward experience in adults vulnerable to depression: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2011;79:618-28.
 23. Fredrickson BL, Cohn MA, Coffey KA et al. Open hearts build lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *J Pers Soc Psychol* 2008;95:1045.
 24. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
 25. First M, Spitzer R, Gibbon M et al. SCID-I. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I). Washington: American Psychiatric Press, 1996.
 26. Rush AJ, Gullion CM, Basco MR et al. The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): psychometric properties. *Psychol Med* 1996;26:477-86.
 27. Delespaul P. Assessing schizophrenia in daily life: the experience sampling method. Maastricht: University of Limburg, 1995.
 28. Wichers M, Myin-Germeys I, Jacobs N et al. Genetic risk of depression and stress-induced negative affect in daily life. *Br J Psychiatry* 2007;218-23.
 29. Myin-Germeys I, van Os J, Schwartz JE et al. Emotional reactivity to daily life stress in psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58: 1137-44.
 30. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 12. College Station: Statacorp LP, 2011.
 31. Hegerl U, Mergl R. The clinical significance of antidepressant treatment effects cannot be derived from placebo-verum response differences. *J Psychopharmacol* 2010;24:445-8.
 32. NICE. Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical practice guideline no. 23. London: National Institute for Clinical Excellence, 2004.
 33. Barge-Schaapveld DQ, Nicolson NA. Effects of antidepressant treatment on the quality of daily life: an experience sampling study. *J Clin Psychiatry* 2002;63:477-85.
 34. Palmier-Claus J. The clinical uses of momentary assessment. *Acta Psychiatr Scand* 2011;124:241-2.
 35. Ebner-Priemer UW, Trull TJ. Ecological momentary assessment of mood disorders and mood dysregulation. *Psychol Assess* 2009; 21:463-75.
 36. Telford C, McCarthy-Jones S, Corcoran R et al. Experience sampling methodology studies of depression: the state of the art. *Psychol Med* 2011;42:1119-29.
 37. Hareva DH, Okada H, Kitawaki T et al. Supportive intervention using a mobile phone in behavior modification. *Acta Med Okayama* 2009;63:113-20.
 38. Tryon WW, Tryon GS, Kazlauskas T et al. Reducing hyperactivity with a feedback actigraph: initial findings. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2006;11:607-17.
 39. Newman MG, Kenardy J, Herman S et al. Comparison of palm-top-computer-assisted brief cognitive-behavioral treatment to cognitive-behavioral treatment for panic disorder. *J Consult Clin Psychol* 1997;65:178-83.
 40. Litt MD, Kadden RM, Kabela-Cormier E. Individualized assessment and treatment program for alcohol dependence: results of an initial study to train coping skills. *Addiction* 2009;104:1837-8.
 41. Granholm E, Ben-Zeev D, Link PC et al. Mobile Assessment and Treatment for Schizophrenia (MATS): a pilot trial of an interactive text-messaging intervention for medication adherence, socialization, and auditory hallucinations. *Schizophr Bull* 2012;38:414-25.
 42. Miklowitz DJ, Price J, Holmes EA et al. Facilitated integrated mood management for adults with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2012;14:185-97.
 43. Depp CA, Mausbach B, Granholm E et al. Mobile interventions for severe mental illness: design and preliminary data from three approaches. *J Nerv Ment Dis* 2010;198:715-21.
 44. Sorbi MJ, Mak SB, Houtveen JH et al. Mobile web-based monitoring and coaching: feasibility in chronic migraine. *J Med Internet Res* 2007;9.
 45. Zimmerman M, Martinez JH, Friedman M et al. How can we use depression severity to guide treatment selection when measures of depression categorize patients differently? *J Clin Psychiatry* 2012; 73:1287-91.
 46. American Psychiatric Association Task Force for the Handbook of Psychiatric Measures. Handbook of psychiatric measures. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
 47. Cuijpers P, de Graaf R, van Dorsselaer S. Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *J Affect Disord* 2004;79:71-9.
 48. Judd LL, Akiskal HS, Maser JD et al. Major depressive disorder: a prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. *J Affect Disord* 1998;50:97-108.
 49. Rush A, Trivedi M, Wisniewski S et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR* D report. *Am J Psychiatry* 2006;163:1905-17.
 50. Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J et al. Differential mortality rates in major and subthreshold depression: meta-analysis of studies that measured both. *Br J Psychiatry* 2013;202:22-7.
 51. Cuijpers P, Smit F, Van Straten A. Psychological treatments of subthreshold depression: a meta-analytic review. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:434-41.
 52. Ormel J, Petukhova M, Chatterji S et al. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *Br J Psychiatry* 2008;192:368-75.
 53. van Os J, Delespaul P, Wigman J et al. Beyond DSM and ICD: Introducing "precision diagnosis" for psychiatry using momentary assessment technology. *World Psychiatry* 2013;12:113-7.
 54. Kelly J, Gooding P, Pratt D et al. Intelligent real-time therapy: harnessing the power of machine learning to optimise the delivery of momentary cognitive-behavioural interventions. *J Ment Health* 2012;21:404-14.

DOI 10.1002/wps.20090

Un grupo recién identificado de adolescentes con riesgo «invisible» de psicopatología y conducta suicida: hallazgos del estudio SEYLE

VLADIMIR CARLI¹, CHRISTINA W. HOVEN^{2,3}, CAMILLA WASSERMAN^{2,4}, FLAMINIA CHIESA¹, GUIA GUFFANTI², MARCO SARCHIAPONE⁴, ALAN APTER⁵, JUDIT BALAZS⁶, ROMUALD BRUNNER⁷, PAUL CORCORAN⁸, DOINA COSMAN⁹, CHRISTIAN HARING¹⁰, MIRIAM IOSUE⁴, MICHAEL KAESS⁷, JEAN PIERRE KAHN¹¹, HELEN KEELEY¹², VITA POSTUVAN¹³, PILAR SAIZ¹⁴, AIRI VARNIK¹⁵, DANUTA WASSERMAN¹

¹National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health (NASP), Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ²Department of Child and Adolescent Psychiatry, Columbia University – New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA; ³Department of Epidemiology, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, NY, USA; ⁴Department of Health Sciences, University of Molise, Campobasso, Italy; ⁵Schneider's Children's Medical Center of Israel, University of Tel Aviv, Israel; ⁶Institute of Psychology, Eötvös Loránd University, Budapest, Hungary; ⁷Department of Child and Adolescent Psychiatry, Center for Psychosocial Medicine, University of Heidelberg, Germany; ⁸National Suicide Research Foundation (NSRF), Cork, Ireland; ⁹Clinical Psychology Department, Iuliu Hatieganu University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania; ¹⁰Research Division for Mental Health, University for Medical Information Technology (UMIT), Hall in Tirol, Austria; ¹¹Department of Psychiatry and Clinical Psychology, CHU de Nancy, Hôpitaux de Brabois, Vandoeuvre les Nancy, France; ¹²Health Service Executive South, Cork, Ireland; ¹³Slovene Center for Suicide Research, Andrej Marusic Institute, University of Primorska, Koper, Slovenia; ¹⁴Department of Psychiatry, University of Oviedo, CIBERSAM School of Medicine, Oviedo, Spain; ¹⁵Estonian-Swedish Mental Health and Suicidology Institute, University of Tallinn, Estonia

En este estudio se exploró la prevalencia de conductas de riesgo (consumo excesivo de alcohol, consumo de drogas, tabaquismo intenso, sueño reducido, preobesidad, peso subnormal, conducta sedentaria, considerable uso de Internet-TV-videojuegos por motivos no relacionados con la escuela o el trabajo y ausentismo escolar) y su relación con la psicopatología y las conductas autodestructivas, en una muestra de 12.395 adolescentes reclutados en escuelas de 11 países europeos seleccionadas al azar. El análisis de clase latente identificó tres grupos de adolescentes: un grupo con bajo riesgo (57,8%) que constó de alumnos con frecuencia de conductas de riesgo baja o muy baja; un grupo con alto riesgo (13,2%) que comprendió alumnos con puntuaciones altas para todas las conductas de riesgo y un tercer grupo (riesgo «invisible», 29%) que consistió en alumnos que tuvieron positividad para alto uso de Internet-TV-videojuegos por motivos no relacionados con escuela o trabajo, conducta sedentaria y sueño reducido. Los alumnos del grupo con riesgo «invisible» en comparación con el grupo con alto riesgo, tuvieron una prevalencia similar de pensamientos suicidas (42,2% frente 44%), ansiedad (8% frente 9,2%), depresión subumbral (33,2% frente 34%) y depresión (13,4% frente 14,7%). La prevalencia de tentativas de suicidio fue 5,9% en el grupo «invisible», 10,1% en el grupo con alto riesgo y 1,7% en el grupo con bajo riesgo. La prevalencia de todas las conductas de riesgo aumentó con la edad y la mayor parte de ellas fueron significativamente más frecuentes entre los niños. Las niñas tuvieron significativamente más probabilidades de presentar síntomas psiquiátricos interiorizantes (emocionales). El grupo «invisible» puede representar un grupo nuevo al cual dirigir las intervenciones terapéuticas y preventivas para reducir potencialmente la psicopatología y otros resultados adversos en la adolescencia, incluida la conducta suicida.

Palabras clave: Conductas de riesgo, adolescentes, consumo de medios de comunicación, conducta sedentaria, sueño reducido, síntomas psiquiátricos, conducta suicida, SEYLE.

(*World Psychiatry* 2014;13:78–86)

Las conductas de riesgo (1,2) y los síntomas psiquiátricos (3,4) entre los jóvenes representan un problema de salud pública importante. Los adolescentes establecen patrones de conducta y eligen estilos de vida que afectan a su salud y bienestar actuales y futuros (5-8). Se ha demostrado que algunas de estas elecciones tienen una importante relación con los trastornos mentales en la edad adulta (9,10). Dada la importancia de este periodo de transición y la necesidad aguda de esfuerzos de prevención dirigidos, es esencial recopilar información en torno a la prevalencia de las conductas tanto saludables como de riesgo, así como síntomas psiquiátricos, basados en una metodología sólida (6,11-14).

La información detallada con relación a las conductas de riesgo en los adolescentes se recopila con regularidad en Estados Unidos a través del Sistema de Vigilancia de Conducta de Riesgo de Jóvenes (YRBSS) con el fin de ayudar a conformar las políticas y a identificar campos para investigación adicio-

nal. Los datos del YRBSS indican que muchos alumnos incurrir en conductas que conllevan riesgo para las causas principales de morbilidad y mortalidad (15,16). Estas consisten en consumo de tabaco, alcohol y sustancias (17-19), preobesidad (20), obesidad (21), conducta sedentaria (22), patrones de sueño no saludables (23) y ausentismo escolar (24). Muchas de estas conductas y trastornos a menudo se presentan simultáneamente en los mismos individuos (25). No se recopila sistemáticamente información adicional ni está disponible para otras regiones del mundo, incluso Europa.

El Proyecto de Encuesta Escolar Europea sobre Alcohol y otras Drogas (ESPAD, 26) y el Centro Europeo para la Vigilancia de Drogas y Toxicomanías (27) con regularidad proporcionan a los Estados Miembros de la Unión Europea un panorama general de los problemas de alcohol y drogas en el continente. Sin embargo, estos proyectos se enfocan principalmente en el abuso de sustancias y es escasa la atención que prestan a otras

conductas de riesgo y estilos de vida. Por consiguiente, los estudios que proporcionan un cuadro exhaustivo de las conductas de riesgo de los adolescentes son decisivamente necesarios en Europa (25). Asimismo, se dispone de evidencia reciente que indica que en los adolescentes existe una relación entre el estado de salud mental, las conductas de riesgo y los estilos de vida (28-32). Hasta la fecha, no se ha llevado a cabo ningún estudio internacional exhaustivo para evaluar las relaciones entre las conductas de riesgo, los estilos de vida y los síntomas psiquiátricos en adolescentes europeos.

El proyecto Salvamento y Empoderamiento de Vidas Jóvenes en Europa (SEYLE) (33) fue elaborado por un consorcio de 12 países europeos (Suecia, Austria, Estonia, Francia, Alemania, Hungría, Irlanda, Israel, Italia, Rumania, Eslovenia y España) y respaldado con el financiamiento por la Comisión Europea (acuerdo de beca HEALTH-F2-2009-22309). Uno de los objetivos de SEYLE fue recabar información sobre la salud y el bienestar de los adolescentes europeos. Aquí informamos los principales hallazgos epidemiológicos en torno al consumo de alcohol y drogas, tabaquismo, conducta de sueño, nutrición, actividades físicas y búsqueda de sensaciones, e incluimos su relación con las conductas autodestructivas y los síntomas psiquiátricos. La hipótesis a evaluar fue que la prevalencia de estas conductas varía según edad y género sexual y que las conductas se agrupan en subgrupos identificables de adolescentes adecuados para la intervención dirigida.

MÉTODOS

Alumnos de escuela secundaria (N = 12.395; media de edad $14,91 \pm 0,90$, 83 faltantes; M/F: 5.529/6.799, 67 faltantes) fueron incorporados en escuelas seleccionadas al azar (n = 179) en once países europeos. En cada centro de estudio de cada país se generó una lista de todas las escuelas elegibles según los criterios de inclusión y exclusión específicos (33). Se obtuvo la aprobación ética de cada comité ético local. Se analizaron previamente los datos relacionados con los centros de estudio, la representatividad de la muestra y las tasas de consentimiento y participación de escuelas y alumnos, mostrando que cada centro de estudio es aceptablemente representativo del país respectivo y que la validez externa de la muestra es considerable (34).

Se administró un cuestionario de autonotificación estructurado a los adolescentes en las escuelas participantes. Cubría aspectos sociodemográficos, tales como género sexual, edad, país de nacimiento del adolescente y sus progenitores, antecedentes de empleo de los padres y afiliación a algún grupo religioso. Se evaluaron los factores de riesgo a través de la Encuesta Global de la Salud de Estudiantes basada en la Escuela (GSHS, 35), que es la versión internacional del cuestionario Encuesta de Conducta de Riesgo de Jóvenes (36). Se evaluaron los síntomas psiquiátricos mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II, 37), la Escala de Zung para la Autoevaluación de la Ansiedad (Z-SAS, 38), el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ, 39), la Escala de Paykel sobre Suicidio (PSS, 40) y el Inventario de Autolesión Deliberada (DSHI, 41). Se utilizaron las versiones oficialmente traducidas y validadas de estos instrumentos cuando se contó con ellas. Si los instrumentos no estaban disponibles en el idioma requerido, se traducían (y se volvían a traducir) y se realizaba la adaptación lin-

güística. La fiabilidad interna para todos los instrumentos se evaluó mediante el alfa de Cronbach, que fue alta o muy alta para todos ellos (34). Todos los instrumentos de evaluación se administraron en una sola sesión de clase.

Los apartados de GSHS se recodificaron para identificar nueve dominios de conductas de riesgo: consumo excesivo de alcohol (bebidas por lo menos dos veces a la semana), consumo de drogas (habían utilizado drogas por lo menos tres veces en su vida), tabaquismo intenso (fumadores de más de cinco cigarrillos por día), sueño reducido (duerme seis horas por noche o menos), preobesidad [índice de masa corporal (BMI) superior al centil 95 para la edad (42)], preobesidad [BMI por debajo del centil 5 para la edad (42)], conducta sedentaria (lleva a cabo actividades físicas menos de una vez a la semana), utilización considerable de medios (usa Internet, televisión y videojuegos por motivos no relacionados con la escuela o el trabajo durante 5 h o más al día), ausentismo escolar (no asiste a la escuela por lo menos una vez a la semana sin que esté enfermo o que tenga alguna otra excusa legítima). Se generó una variable dicotómica para cada conducta de riesgo.

Se recodificaron los síntomas psicopatológicos para estratificar a los alumnos en categorías dicotómicas: depresión subumbral (puntuación < 20 en BDI-II y positividad en la evaluación de apartados de síntomas centrales de depresión, es decir, tristeza y pérdida del placer (43)); depresión (BDI-II puntuación ≥ 20); ansiedad (puntuación ≥ 60 en Z-SAS); ansiedad subumbral (puntuación entre 45 y 59 en Z-SAS (43)); síntomas emocionales (subescala de SDQ ≥ 7); problemas de conducta (subescala de SDQ ≥ 5); hiperactividad (subescala de SDQ ≥ 6); problemas con compañeros (subescala de SDQ ≥ 6); falta de conducta prosocial (subescala de SDQ ≤ 4); autolesión no suicida (puntuación ≥ 3 en DSHI); ideación suicida (positiva en por lo menos un apartado de PSS); y tentativa de suicidio (antecedente de tentativas de suicidio en el curso de la vida). Todas las medidas psicopatológicas, con la excepción de la tentativa de suicidio en el curso de la vida, hacían referencia a las últimas dos semanas. Todas las medidas relativas a las conductas de riesgo y la psicopatología se estratificaron también según género sexual y edad. Basándose en la muestra reclutada, se identificaron tres grupos de edad: 14 años o menos (n = 4.007), 15 años (n = 5.350) y 16 o más años (n = 2.955).

Se utilizó una prueba de la χ^2 de independencia para definir estadísticamente las diferencias entre los géneros sexuales y los grupos de edad para características sociodemográficas, conductas de riesgo y psicopatología.

Se aplicó el análisis de clase latente (LCA) sin alguna suposición *a priori* sobre la naturaleza de la categorización latente, y por tanto se identificaron y caracterizaron agrupamientos de adolescentes con características de conducta de riesgo similares. A fin de tomar en cuenta el efecto de la edad sobre diferentes conductas de riesgo, se utilizó una prueba de regresión logística de clase latente (LCLR) tomando la edad como una covariable (44). Los modelos de LCLR se adaptaron comenzando con un modelo de dos clases, aumentando el número de clases hasta cuatro. Se comparó el criterio de información bayesiano (BIC) a través de los modelos. Se utilizó el BIC más bajo para identificar el modelo más detallado y mejor adaptado. Se aplicó LCLR a las nueve conductas de riesgo en una submuestra de 9.035 alumnos sin ninguna información faltante para alguna conducta de riesgo. Se utilizó una prueba de la χ^2

Tabla 1. Prevalencia (%) de las conductas de riesgo en la muestra de adolescentes

	14 años y menos (n = 4.007)			15 años (n = 5.350)			16 años y más (n = 2.955)			Todos los grupos de edad (n = 12.328)		
	Hombres (n = 1.833)	Mujeres (n = 2.167)	Los dos géneros	Hombres (n = 2.183)	Mujeres (n = 3.160)	Los dos géneros	Hombres (n = 1.490)	Mujeres (n = 1.456)	Los dos géneros	Hombres (n = 5.529)	Mujeres (n = 6.799)	Los dos géneros
Consumo excesivo de alcohol	6.4*	4.1	5.2**	10.0*	5.3	7.3	17.7*	10.2	14.1	10.9*	6.0	8.2
Consumo de drogas	3.2*	2.0	2.6**	5.8*	2.7	3.9	8.6	7.8	8.2	5.7*	3.6	4.5
Tabaquismo intenso	4.6	6.1	5.4**	10.5*	8.0	9.0	25.0*	16.7	21.0	12.4*	9.2	10.7
Sueño reducido	9.7*	14.6	12.3**	11.4*	17.6	15.1	19.9	21.4	20.7	13.1*	17.4	15.5
Preobesidad	4.8*	2.5	3.5**	5.4*	1.6	3.1	6.1*	2.3	4.2	5.4*	2.0	3.5
Peso subnormal	3.0	2.8	2.9	3.6	2.4	2.9	4.1	3.4	3.8	3.5	2.8	3.1
Conducta sedentaria	9.4*	16.8	13.5**	14.2*	23.4	19.6	17.7*	29.3	23.5	13.6*	22.6	18.5
Utilización considerable de medios	10.8*	7.2	8.8**	10.6*	8.8	9.6	14.1*	11.3	12.7	11.7*	8.8	10.1
Ausentismo escolar	2.8*	1.9	2.3**	4.2*	2.3	3.1	9.3*	4.5	7.0	5.1*	2.6	3.8

*Diferencia significativa entre hombres y mujeres de la misma edad ($p < 0.05$); **diferencia significativa entre las edades en ambos géneros ($p < 0.05$)

para identificar diferencias significativas en las variables sociodemográficas y de psicopatología entre las diferentes clases latentes de riesgo identificado mediante el LCA.

Se desarrolló un modelo de regresión logística multinomial multifactorial ajustado con respecto a género y grupo de edad para describir la relación entre la pertenencia a una clase latente, seleccionada como la variable dependiente, y los grados de psicopatología.

Para todos los análisis, se consideró un valor crítico de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa STATA IC 9.0 para Windows.

RESULTADOS

Conductas de riesgo

En la Tabla 1 se comunica la prevalencia de nueve campos identificados de conductas de riesgo.

Menos del 10% (8,2%) de los adolescentes comunicó beber alcohol por lo menos dos veces a la semana. Más de un tercio (35,9%) de los que informaron beber, tomaban por lo menos tres bebidas en una sesión; un 14,2% informó haberse «realmente embriagado» y el 7,7% comunicó haber tenido una resaca. El consumo de alcohol fue mayor en varones y aumentó significativamente con la edad.

Menos del 5% (4,5%) de la muestra total informó haber utilizado drogas ilegales tres o más veces durante el curso de la vida. La utilización de drogas fue mayor en varones y aumentó con la edad. Más del 10% (10,7%) de la muestra informó fumar por lo menos cinco cigarrillos al día y más del 45% (45,8%) informó haber fumado cigarrillos por lo menos una vez en el curso de su vida. Un poco más de 10% (10,3%) de la muestra informó haber comenzado a fumar cuando tenían once años de edad o menos.

Más del 15% (15,5%) de los adolescentes informaron dormir 6 h al día o menos. El sueño reducido fue más frecuente en mujeres y en alumnos de edad mayor. Más del 40% (41,8%)

comunicaron dormir menos de 8 h al día; un poco más de un tercio (34,2%) informó despertarse a menudo o siempre estar cansado por la mañana, un hallazgo significativamente más frecuente entre las mujeres (37,1% frente 31,7%, $p < 0,05$); aproximadamente el 25% (25,4%) de los adolescentes comunicaron el hábito de tomar una siesta por las tardes, con una prevalencia significativamente más alta entre las mujeres que entre los varones (27,8% frente 23,4%, $p < 0,05$).

Más del 3% (3,5%) de los alumnos tuvo un BMI superior al centil 95 para la edad (42) y la prevalencia de preobesidad fue más alta entre los varones y aumentó con la edad. Un 3% (3,1%) de los adolescentes tuvo un BMI inferior al centil 5 para la edad (42), sin diferencias significativas en cuanto a género sexual o edad. Más de una cuarta parte (26,5%) de la muestra no tomaba con regularidad desayuno, una conducta significativamente más frecuente en mujeres que en varones (30,8% frente 21,2%, $p < 0,05$). El 6% (6,1%) informó nunca comer frutas o verduras, en tanto que 62,5% informó consumirlas por lo menos una vez cada día (18,5%) informó realizar actividades físicas menos de una vez a la semana. La conducta sedentaria fue más frecuente en mujeres y aumento con la edad. Más de dos tercios (68,8%) de los adolescentes comunicaron practicar deportes con regularidad, observándose una diferencia significativa en cuanto al género sexual (77,3% varones frente a 61,8% en mujeres, $p < 0,05$).

Aproximadamente el 10% (10,1%) de los adolescentes informó ocupar por lo menos 5 h al día mirando el televisor, jugando videojuegos o navegando en la Internet por motivos no relacionados con la escuela o el trabajo. Este porcentaje fue significativamente más alto en varones y aumentó con la edad. Casi el 75% (74,5%) de los adolescentes informaron utilizar su propia computadora para navegar en la Internet, en tanto que un 2,5% comunicó nunca haber utilizado la Internet.

Menos del 4% (3,8%) de los adolescentes informó faltar a menudo a la escuela sin permiso. Esta conducta fue significativamente más frecuente en alumnos mayores y entre los varones. El 10% (10,4%) comunicó haber participado en alguna rencilla en los últimos 12 meses y casi la mitad de ellos (45,2%) informó haber iniciado el altercado. Aproximadamen-

Tabla 2. Prevalencia (%) de síntomas psiquiátricos en la muestra de adolescentes

	14 años y menos (n = 4.007)			15 años (n = 5.350)			16 años y más (n = 2.955)			Todos los grupos de edad (n = 12.328)		
	Hombres (n = 1.833)	Mujeres (n = 2.167)	Los dos géneros	Hombres (n = 2.183)	Mujeres (n = 3.160)	Los dos géneros	Hombres (n = 1.490)	Mujeres (n = 1.456)	Los dos géneros	Hombres (n = 5.529)	Mujeres (n = 6.799)	Los dos géneros
Depresión subumbral	25.7*	32.0	29.1**	24.8*	35.4	31.1	27.1*	35.0	31.0	25.8	34.2	30.4
Depresión	3.8*	9.2	6.7**	4.2*	10.6	8.0	7.4*	12.8	10.1	4.9	10.6	8.1
Ansiedad subumbral	14.0*	26.6	20.8**	14.7*	30.8	24.2	19.7*	31.1	25.3	15.8	29.5	23.3
Ansiedad	1.6*	4.6	3.2**	2.4*	6.9	5.1	3.2*	8.8	6.0	2.3	6.6	4.7
Síntomas emocionales	3.0*	9.9	6.7**	2.3*	11.0	7.4	4.3*	13.6	8.9	3.0	11.2	7.5
Problemas de conducta	10.7*	7.5	9.0**	11.4*	8.6	9.8	16.1*	9.3	12.7	12.5	8.4	10.3
Hiperactividad	10.9	9.1	9.9	8.6	9.0	8.8	9.6	9.8	9.6	9.6	9.2	9.4
Problemas con compañeros	3.1	2.7	2.9**	3.7*	2.7	3.1	7.0*	3.3	5.1	4.4	2.9	3.6
Falta de conducta prosocial	9.5*	3.1	6.0**	9.9*	4.0	6.5	12.7*	4.7	8.7	10.6	3.9	6.9
Autolesión no suicida	6.8*	10.7	8.9**	7.6	8.8	8.3	9.7	12.2	11.0	7.9	10.2	9.1
Ideación suicida	21.2*	35.4	28.9**	23.5*	39.3	32.8	30.1*	42.5	36.2	24.5	38.7	32.3
Tentativas de suicidio	2.2*	4.2	3.3**	2.8*	4.7	3.9	4.1*	7.5	5.8	3.0	5.1	4.2

*Diferencia significativa entre hombres y mujeres de la misma edad ($p < 0.05$); **diferencia significativa entre las edades en ambos géneros ($p < 0.05$)

te una sexta parte (16,9%) de los alumnos informaron haber sido pasajeros en un vehículo con un conductor que había bebido. El 10% de los adolescentes de 14 años de edad, el 19% de los de 15 años y el 42,9% de los de 16 años informaron haber tenido una relación sexual, y la prevalencia fue significativamente más alta entre los varones para cada grupo de edad. Menos del 4% (3,3%) de los que habían tenido relaciones sexuales informaron nunca o raras veces haber utilizado un condón, sin diferencias significativas con respecto a la edad.

Síntomas psiquiátricos

En la Tabla 2 se presentan la prevalencia de los síntomas psiquiátricos.

Aproximadamente un tercio (30,4%) de los alumnos presentaban depresión subumbral, y las niñas tuvieron una prevalencia significativamente más alta que los niños (34,2% frente a 25,8%; $p < 0,05$). Alrededor de un 8% (8,1%) de la muestra se clasificó como deprimidos, con una prevalencia significativamente más alta en mujeres (10,6% frente a 4,9%; $p < 0,05$). La prevalencia de los síntomas de depresión aumentó con la edad.

Más del 20% (23,3%) de los alumnos presentaba ansiedad subumbral y la prevalencia aumentó con la edad y fue significativamente más alta entre las mujeres (29,5% frente a 15,8%; $p < 0,05$). Casi un 5% (4,7%) de los alumnos comunicó ansiedad grave a extrema y la prevalencia aumentó con la edad y fue significativamente más alta entre las niñas (6,6% frente a 2,3%; $p < 0,05$).

Se comunicaron síntomas emocionales por el 7,5% de la muestra. Su prevalencia aumentó con la edad y fue significativamente mayor entre las niñas (11,2% frente a 3,0%; $p < 0,05$).

Los problemas de conducta se presentaron en 10,3%. Su prevalencia aumentó con la edad y fue significativamente mayor entre los niños (12,5% frente a 8,4%; $p < 0,05$). Los sín-

tomos de hiperactividad se presentaron en el 9,4% de los alumnos y no fueron significativamente diferentes según el género.

Más del 3% (3,6%) de la muestra presentó problemas con los compañeros; la prevalencia aumentó con la edad y fue significativamente más alta en los niños (4,4% frente a 2,9%; $p < 0,05$). Casi un 7% (6,9%) de la muestra informó falta de conducta prosocial; la prevalencia aumentó con la edad y fue significativamente más alta en los niños (10,6% frente a 3,9%; $p < 0,05$).

La ideación suicida se presentó en casi un tercio de la muestra (32,3%), con una prevalencia significativamente más alta en alumnos mayores y entre las niñas (38,7% frente a 24,5%; $p < 0,05$). Más del 4% (4,2%) de la muestra comunicó intentar suicidio durante el curso de su vida, con una prevalencia significativamente mayor entre las niñas (5,1% frente a 3,0%; $p < 0,05$). La frecuencia de tentativas de suicidio para uno y otro género aumentaron con la edad.

Clases identificadas mediante el LCA y sus correlaciones

Los modelos de LCLR se adaptaron a las nueve conductas de riesgo antes señaladas. Un modelo de tres clases se adaptó mejor a los datos. La figura 1 presenta los patrones de perfiles de probabilidad de respuesta para cada una de las tres clases. La primera clase («bajo riesgo»), que comprende un 57,8% de la muestra ($M/F = 2.557/3.497$), incluyó estudiantes con una frecuencia nula o muy baja de conductas de riesgo. La segunda clase («alto riesgo»), que comprendió el 13,2% de la muestra ($M/F = 622/562$), incluyó alumnos con puntuaciones altas en todas las conductas de riesgo- La tercera clase, que constituyó el 29% de la muestra ($M/F = 687/1.109$), incluyó alumnos que tuvieron positividad para alto uso de medios, conducta sedentaria y sueño reducido. A esta clase se denominó «riesgo invisible», ya que estas conductas por lo general no son evidentes, o lo observadores, incluidos los padres y los maestros, no reconocen que estén relacionadas con problemas de salud mental.

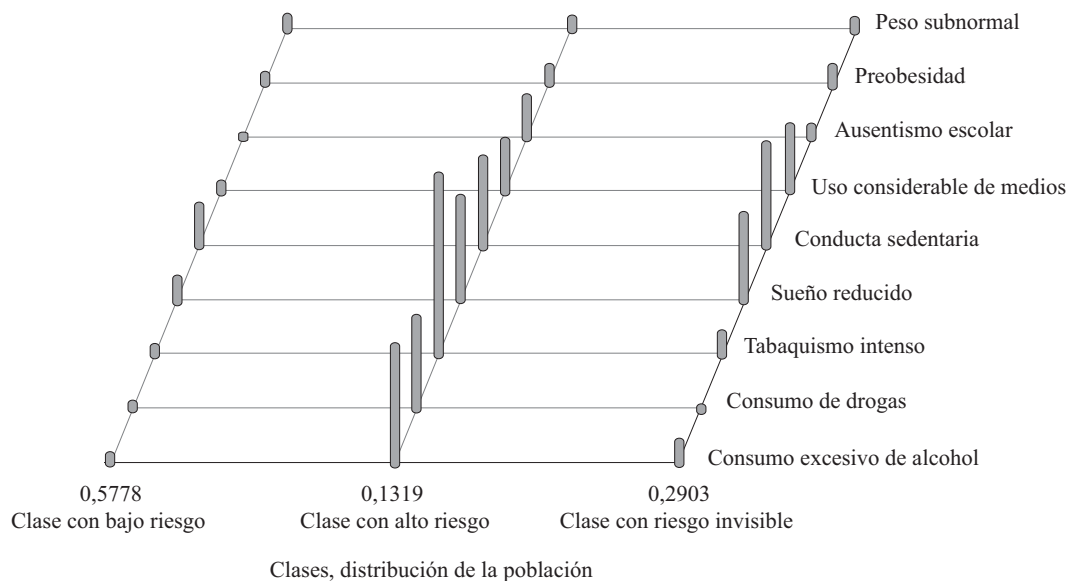


Figura 1. Resultados del análisis de clase latente

En la tabla 3 se describe la relación entre las clases identificadas a través del LCA y las variables sociodemográficas. El porcentaje de discípulos no nacidos en el país del centro de estudio fue significativamente más alto en los grupos con alto riesgo que en los grupos de riesgo invisible y con bajo riesgo (10,0% frente a 6,9% y 4,8%; $p < 0,05$). Se observó un patrón similar para los discípulos con padres no nacidos en el país del centro del estudio. El tener un familiar que hubiese perdido su trabajo durante el año previo fue significativamente más frecuente en los grupos con riesgo alto e invisible que en los grupos con bajo riesgo (11,6% y 12,1% frente a 8,3%; $p < 0,05$). El vivir con un solo progenitor fue significativamente más frecuente

Tabla 3. Características sociodemográficas (%) según grupos de riesgo de clase latente

Características sociodemográficas	Clase con bajo riesgo n = 6.054 (M/F = 2.557/ 3.497)	Clase con alto riesgo n = 1.184 (M/F = 622/ 562)	Clase con riesgo invisible n = 1.796 (M/F = 687 /1.109)
Mujeres*	57.8	47.5	61.8
No nacidos en el país*	57.8	47.5	61.8
Progenitores no nacidos en el país*	15.1	27.0	20.6
No pertenecen a una denominación religiosa	31.2	34.0	31.3
Algún familiar perdió su trabajo el año previo**	8.3	11.6	12.1
Hogar con un solo padre*	17.5	31.1	23.6

* Los tres grupos difieren significativamente entre sí ($p < 0,05$). **Los grupos con alto riesgo y con riesgo invisible difieren significativamente del grupo con bajo riesgo ($p < 0,05$).

en el grupo con alto riesgo que en el grupo con riesgo invisible (31,1% frente a 23,6%; $p < 0,05$).

Según se muestra en la Tabla 4, la prevalencia de los síntomas de depresión y ansiedad (tanto graves como subumbral) y de ideas suicidas fue muy similar en los grupos con riesgo invisible y alto, y significativamente más elevados en cada uno de

Tabla 4. Síntomas psiquiátricos (%) según grupos de riesgo de clase latente

Características sociodemográficas	Clase con bajo riesgo n = 6.054 (M/F = 2.557/ 3.497)	Clase con alto riesgo n = 1.184 (M/F = 622/ 562)	Clase con riesgo invisible n = 1.796 (M/F = 687 /1.109)
Depresión subumbral**	29.4	34.0	33.2
Depresión**	4.2	14.7	13.4
Ansiedad subumbral**	19.0	31.3	31.0
Ansiedad**	2.5	9.2	8.0
Síntomas emocionales*	5.8	9.0	11.6
Problemas de conducta*	6.4	23.2	11.5
Hiperactividad*	6.1	18.6	11.8
Problemas con compañeros***	2.3	3.0	5.0
Falta de conducta prosocial**	4.5	9.9	8.1
Autolesión no suicida*	5.5	22.3	12.4
Ideación suicida**	27.1	44.0	42.2
Tentativa de suicidio*	1.7	10.1	5.9

* Los tres grupos difieren significativamente entre sí ($p < 0,05$). **Los grupos con alto riesgo y riesgo invisible difieren significativamente del grupo con bajo riesgo ($p < 0,05$). ***Los grupos con bajo riesgo y riesgo invisible difieren significativamente del grupo con alto riesgo ($p < 0,05$).

Tabla 5. Resultados de la regresión logística multinomial multifactorial de variables de clase latentes, según género, grupo de edad y puntuaciones psicopatológicas (n = 8.579)

	Clase de riesgo invisible frente a bajo riesgo RRR (IC del 95%)	Clase de alto riesgo frente a bajo riesgo RRR (IC del 95%)
Géneros (hombres/mujeres)	0.95 (0.84, 1.08)	0.51* (0.44, 0.60)
Grupo de edad 15 años/14 años o más jóvenes	2.41* (2.08, 2.79)	4.50* (3.55, 5.69)
Grupo de edad 16 años o mayores/14 años o menores	7.88* (6.67, 9.30)	27.62* (21.66, 35.23)
Depresión subumbral	7.88* (6.67, 9.30)	27.62* (21.66, 35.23)
Depresión	1.97* (1.50, 2.58)	1.82* (1.30, 2.53)
Ansiedad subumbral	1.62* (1.40, 1.88)	1.58* (1.32, 1.90)
Ansiedad	1.81* (1.31, 2.52)	1.93* (1.31, 2.86)
Síntomas emocionales	0.80 (0.63, 1.02)	0.47* (0.34, 0.65)
Problemas de conducta	1.24 (1.00, 1.52)	2.74* (2.21, 3.40)
Hiperactividad	1.59* (1.29, 1.95)	2.49* (1.99, 3.13)
Problemas con compañeros	1.23 (0.89, 1.70)	0.47* (0.29, 0.74)
Falta de conducta prosocial	1.60* (1.26, 1.74)	1.54* (1.17, 2.03)
Autolesión no suicida	1.40* (1.13, 1.74)	2.99* (2.37, 3.79)
Ideación suicida	1.29* (1.12, 1.48)	1.30* (1.09, 1.55)
Tentativa de suicidio	1.69* (1.22, 2.35)	2.62* (1.83, 3.74)

RRR, cociente de riesgo relativo, *p = 0,05 (pruebas bilaterales).

estos grupos en comparación con el de bajo riesgo (p <0,05). Los síntomas emocionales y los problemas de compañeros fueron significativamente más frecuentes en el grupo con riesgo invisible que en el grupo con riesgo alto, y más frecuentes en estos dos grupos que en el de bajo riesgo (p <0,05). Los problemas de conducta, la hiperactividad, las autolesiones no suicidas y las tentativas de suicidio en el curso de la vida tuvieron una prevalencia significativamente mayor en el grupo con alto riesgo que en los grupos con riesgo invisible y con bajo riesgo (p <0,05).

Regresión logística multinomial multifactorial

Los resultados del modelo de regresión logística multinomial multifactorial de síntomas psiquiátricos y clases latentes, ajustado con respecto a género sexual y edad, se presentan en la Tabla 5. Los síntomas de depresión, ansiedad, falta de conducta prosocial e ideación suicida se relacionaron con cocientes de riesgo relativo significativa y similarmente aumentados de pertenecer a los grupos con riesgo invisible y con alto riesgo. El tener síntomas de hiperactividad, autolesión no suicida o el haber intentado el suicidio se relacionaron con un incremento significativo de los cocientes de riesgo relativo de pertenecer al grupo con alto riesgo e, incluso a un nivel inferior, de corresponder al grupo con riesgo invisible.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio indican que la prevalencia de las conductas de riesgo y psicopatología en adolescentes euro-

peos es relativamente elevada. Casi todas las conductas de riesgo estudiadas muestran un incremento con la edad y la mayor parte de ellas es significativamente más frecuente entre los niños. Las únicas excepciones son la conducta sedentaria y el sueño reducido, que son más frecuentes en las niñas, quienes también tienen más síntomas psiquiátricos interiorizantes (emocionales), tales como depresión, ansiedad e ideación suicida.

En esta muestra extensa, el LCA identificó tres grupos de adolescentes. El primer grupo que representó un 13,2% de los adolescentes, tuvieron puntuaciones elevadas en todas las conductas de riesgo examinadas y puede llamarse «grupo con alto riesgo». Casi todas intervenciones hoy día se dirigen a esta población (45,46). El grupo más extenso, que comprendió casi dos tercios (57,8%) de los adolescentes tuvo puntuaciones bajas en casi todas las conductas de riesgo y por consiguiente se ha denominado «grupo con bajo riesgo». Sin embargo, aun los alumnos de este grupo con bajo riesgo comunicaron tentativas de suicidio (1,7%), ideación suicida (27%), depresión subumbral (29%) y ansiedad subumbral (19%). Estos hallazgos resaltan la necesidad de intervenciones preventivas a gran escala y de establecer programas dirigidos a las escuelas, como se informó en estudios previos (43,47).

Lo que es más importante, este estudio también identificó, por primera vez, un tercer grupo llamado el grupo con «riesgo invisible», que incluye 29% de los adolescentes. Estos alumnos se agruparon en tres conductas de riesgo específicas (sueño reducido, baja actividad física y alto uso de medios), y a la vez tuvieron simultáneamente un incremento significativo en la prevalencia de síntomas psiquiátricos. El grado de síntomas psiquiátricos descubierto en este grupo «invisible», en muchos casos, es muy similar al grupo con alto riesgo. El grupo comprende adolescentes que ocupan una cantidad excesiva de tiempo viendo televisión, conectándose a Internet o jugando videojuegos, e incluso que se van a dormir tarde para prolongar el empleo de estas actividades en los medios y que, tal vez como una consecuencia directa, descuidan otras actividades saludables como los deportes. Los observadores adultos (por ejemplo, padres, maestros y profesionales de la salud mental) por lo general no perciben estas conductas como particularmente dañinas o como motivos de preocupación. No obstante, los grupos con riesgo alto e invisible tienen una prevalencia muy similar de síntomas de depresión, síntomas de ansiedad y pensamientos suicidas. En comparación con los alumnos del grupo con alto riesgo, los del grupo con riesgo invisible tienen una mayor prevalencia de síntomas emocionales y de problemas con compañeros pero una prevalencia más baja de problemas de conducta e hiperactividad. Las diferencias entre los grupos con alto riesgo y con riesgo invisible no dependen de la representación de género en estos grupos, ya que los análisis multifactoriales indicaron que estas relaciones se mantienen significativas cuando se ajustan con respecto a edad y género sexual.

Los adolescentes en los grupos con riesgo invisible y alto riesgo tienen diferentes patrones en comparación con el grupo con bajo riesgo por lo que respecta al país de origen (adolescente o uno de sus padres nacidos fuera del país del centro de estudio), el pertenecer a un hogar con un sólo padre o a una familia en la que un progenitor perdió su trabajo en el año previo. Resulta interesante que el pertenecer a una denominación

religiosa (según lo perciben los adolescentes), lo que en general se considera protector (48), no confirió ninguna diferencia en la pertenencia a un grupo de riesgo. Estos hallazgos parecen indicar que los adolescentes del grupo invisible tienen más probabilidades de pertenecer a una posición socioeconómica más baja y, por tanto, tal vez, ser incluso más invisibles para las intervenciones existentes y las actividades de apoyo social.

Una fortaleza importante de este estudio es el gran tamaño de la muestra de adolescentes ($n = 12.395$), reclutados de escuelas seleccionadas al azar de diferentes centros de estudio en once países europeos, los cuales son aceptablemente representativos del país europeo respectivo (34). Los estudiantes fueron reclutados y valorados con procedimientos homogéneos en los diferentes países por lo que respecta a criterios de inclusión y exclusión así como variables. Por otra parte, el estudio comprendió una región geográfica muy extensa. Una limitación potencial de este estudio es que todos los datos se recopilaban a través de la autonotificación. Si bien se ha demostrado que los datos adquiridos a través de la autonotificación son aceptablemente fiables (36,49,50), puede haberse subestimado la prevalencia de las conductas de riesgo y la psicopatología. Otra limitación es que se escogió sólo un centro por país para la participación en el estudio. Aun cuando se demostró que los centros de estudio eran adecuadamente representativos del país respectivo, la inclusión de más de un centro por país podría haber mejorado la representación de las regiones urbanas y rurales, y posiblemente permitido la estratificación de grupos de riesgo según la densidad de población.

Los resultados de este estudio son congruentes con la diferenciación característica entre los trastornos interiorizantes y exteriorizantes (51), en la que los primeros (emocionales) son más frecuentes en niñas y los últimos (conductuales) en los niños. Se han comunicado previamente patrones similares de diferencias relacionadas con la edad y el género sexual en estudios estadounidenses, como el Estudio de Trastornos de Conducta Destructiva en Jóvenes Puertorriqueños (5), el estudio Métodos para la Epidemiología de los Trastornos Mentales del Niño y el Adolescente (MECA) del NIMH (13) y el YRBSS (15). Hasta ahora, las investigaciones realizadas en Europa, como el estudio ESPAD (26), se enfocaban exclusivamente en el abuso de sustancias y no incluían una gama más amplia de conductas de riesgo como en el estudio SEYLE. Sin embargo, independiente del abuso de sustancias, los resultados de SEYLE son congruentes con los hallazgos previos pues confirman la considerable morbilidad del abuso de sustancias en adolescentes europeos y su relación con diversos tipos de psicopatología (52). En general, los resultados de SEYLE indican que sería una gran ventaja establecer en Europa un sistema para recopilar sistemáticamente datos relativos a la salud mental y los estilos de vida de los adolescentes, como regularmente se hace en Estados Unidos con el YRBSS.

Dado que las diferencias específicas de edad y relacionadas con el género sexual cambian con el tiempo, la vigilancia de ellas puede tener repercusiones importantes en la prevención de las conductas de riesgo. El incremento de las conductas de riesgo y la psicopatología según la edad, según se observó en este estudio, es muy acentuado pero coincide con otras investigaciones (53,54). Es importante que en los datos de SEYLE se observase un incremento simultáneo de la prevalencia de cada conducta de riesgo evaluada por cada incremento individual en

años de edad. Sin embargo, aún no se dispone de datos sobre la trayectoria longitudinal durante el curso de la vida en estas conductas de riesgo y su valor de predicción y consecuencias potenciales para los desenlaces psicopatológicos y psicosociales subsiguientes. No obstante, las correlaciones transversales entre los grupos con alto riesgo y con riesgo invisible y las variables psicopatológicas, según se presentan aquí, justifican el establecimiento de apoyo psicosocial sistemático y de intervención para estos alumnos.

En resumen, los resultados de este estudio confirman la necesidad de prevención temprana e intervención en el campo de la salud mental (55,56). Las conductas de riesgo más frecuentes entre las niñas son un número reducido de horas de sueño y un estilo de vida sedentario, en tanto que el consumo de drogas y de alcohol es más frecuente entre los niños. En consecuencia, las intervenciones preventivas deben individualizarse específicamente en niños y niñas. Los hallazgos más importantes de este estudio surgieron del LCA. Además de los grupos característicos con bajo riesgo y alto riesgo, identificamos un tercer grupo, que representa casi un tercio de los adolescentes, los cuales tienen conductas problemáticas que fácilmente se pasan por alto, ya que por lo general no son percibidas por los adultos, incluidos los profesionales de la salud mental, como tales. Los alumnos de este grupo con riesgo invisible muestran altas tasas de depresión, ansiedad e ideas suicidas, que son del mismo nivel que las observadas en alumnos que pertenecen al grupo con alto riesgo. Si bien la mayoría de los padres, maestros y profesionales clínicos reaccionarían al empleo de drogas o bebidas por los adolescentes, es fácil que pasen por alto que los adolescentes tienen conductas discretas como ver demasiado televisión, no jugar deportes o dormir muy poco. Aún no se ha esclarecido la causalidad de las relaciones ante estas conductas de riesgo y la psicopatología. Sin embargo, ya se sabe que los trastornos psiquiátricos frecuentes, como la depresión, a menudo muestran relaciones bidireccionales con el sueño reducido (57), bajos grados de actividad (58) y consumo considerable de medios (59). Por consiguiente, nuestros hallazgos tienen repercusiones para que los guardianes proporcionen información y educación sobre la salud y el estilo de vida de los adolescentes a los alumnos y padres, al igual que para las autoridades y los profesionales clínicos. Si bien, las charlas con los adolescentes a menudo se enfocan en el abuso de sustancias y la delincuencia, las conductas de riesgo identificadas aquí deben tomarse en cuenta, y prestarse especial atención a fomentar suficiente sueño, participación en deportes y utilizar los nuevos medios con moderación.

Estos datos proporcionaron una oportunidad singular para caracterizar las escuelas típicas en todo el continente de Europa a las que asisten alumnos regulares. Sin embargo, persiste una serie de interrogantes sin respuesta. Por ejemplo, el no contar con datos socioeconómicos individuales más específicos sobre los adolescentes participantes impidió identificar mejor la relación de estos factores con las conductas de riesgo y los síntomas psiquiátricos. Se debiera llevar a cabo un estudio doméstico epidemiológico, que incluya la recopilación de datos socioeconómicos detallados, para ayudar a explorar las correlaciones entre la psicopatología, las conductas de riesgo y la posición socioeconómica general. Por otra parte, en este estudio se evaluaron los síntomas psiquiátricos de manera transversal en la población general a través de instrumentos de autonotificación

psicométrica. Las entrevistas diagnósticas permitirían comprender mejor la relación entre los trastornos psiquiátricos y las conductas de riesgo.

Independientemente de estas limitaciones, el estudio SEYLE estableció una cohorte multinacional importante de adolescentes europeos que idealmente se estudiarán en forma longitudinal, a fin de identificar las trayectorias desde las conductas de riesgo hasta la presentación de estados psicopatológicos y de esta manera ayudar a dilucidar la causalidad. Tal estudio también permitirá evaluar la evolución y las trayectorias de pronósticos de diversas conductas de riesgo en los adolescentes.

Agradecimiento

El proyecto SEYLE es financiado a través de Tema de Coordinación 1 (Salud) del Séptimo Programa Modelo de la Unión Europea (FP7), acuerdo de beca HEALTH-F2-2009-223091.

Bibliografía

1. Blum RW, Bastos FI, Kabiru CW et al. Adolescent health in the 21st century. *Lancet* 2012;379:1567-8.
2. Patton GC, Coffey C, Cappa C et al. Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *Lancet* 2012;379:1665-75.
3. Merikangas KR, He JP, Burstein M et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication – Adolescent Supplement (NCSA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49:980-9.
4. Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK et al. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. *Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:865-77.
5. Bird HR, Davies M, Duarte CS et al. A study of disruptive behavior disorders in Puerto Rican youth: II. Baseline prevalence, comorbidity, and correlates in two sites. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:1042-53.
6. Costello EJ, Angold A, Burns BJ et al. The Great Smoky Mountains Study of Youth. Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:1129-36.
7. Jiang N, Kolbe LJ, Seo DC et al. Health of adolescents and young adults: trends in achieving the 21 Critical National Health Objectives by 2010. *J Adolesc Health* 2011;49:124-32.
8. Park MJ, Brindis CD, Chang F et al. A midcourse review of the healthy people 2010: 21 critical health objectives for adolescents and young adults. *J Adolesc Health* 2008;42:329-34.
9. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2010;197:378-85.
10. Merikangas KR, Zhang H, Avenevoli S et al. Longitudinal trajectories of depression and anxiety in a prospective community study: the Zurich Cohort Study. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:993-1000.
11. Bird HR, Canino GJ, Davies M et al. A study of disruptive behavior disorders in Puerto Rican youth: I. Background, design, and survey methods. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:1032-41.
12. Johnson JG, Cohen P, Gould MS et al. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:741-9.
13. Lahey BB, Flagg EW, Bird HR et al. The NIMH Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) Study: background and methodology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:855-64.
14. Merikangas K, Avenevoli S, Costello J et al. National comorbidity survey replication adolescent supplement (NCS-A): I. Background and measures. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48:367-9.
15. Brener ND, Kann L, Shanklin S et al. Methodology of the Youth Risk Behavior Surveillance System – 2013. *MMWR Recomm Rep* 2013;62:1-23.
16. Eaton DK, Kann L, Kinchen S et al. Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 2011. *MMWR Surveill Summ* 2012;61:1-162.
17. Hu MC, Griesler P, Schaffran C et al. Risk and protective factors for nicotine dependence in adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 2011;52:1063-72.
18. Wu P, Bird HR, Liu X et al. Childhood depressive symptoms and early onset of alcohol use. *Pediatrics* 2006;118:1907-15.
19. Kandel DB, Johnson JG, Bird HR et al. Psychiatric comorbidity among adolescents with substance use disorders: findings from the MECA Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:693-99.
20. McCrea RL, Berger YG, King MB. Body mass index and common mental disorders: exploring the shape of the association and its moderation by age, gender and education. *Int J Obes* 2012;36:414-21.
21. Anderson SE, Cohen P, Naumova EN et al. Adolescent obesity and risk for subsequent major depressive disorder and anxiety disorder: prospective evidence. *Psychosom Med* 2007;69:740-7.
22. Biddle SJ, Asare M. Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *Br J Sports Med* 2011;45:886-95.
23. Johnson EO, Breslau N. Sleep problems and substance use in adolescence. *Drug Alcohol Depend* 2001;64:1-7.
24. Berg I. Absence from school and mental health. *Br J Psychiatry* 1992;161:154-66.
25. Hale DR, Viner RM. Policy responses to multiple risk behaviours in adolescents. *J Public Health* 2012;34(Suppl. 1):i11-9.
26. Hibell B, Ahlstrom S, Balakireva O et al. The 2007 ESPAD report: substance use among students in 35 European countries. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, 2009.
27. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual report 2008: the state of the drugs problem in Europe. www.emcdda.europa.eu.
28. Flisher AJ, Kramer RA, Hoven CW et al. Risk behavior in a community sample of children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:881-7.
29. Harakeh Z, de Looze ME, Schrijvers CT et al. Individual and environmental predictors of health risk behaviours among Dutch adolescents: the HBSC study. *Public Health* 2012;126:566-73.
30. Johnson KE, Taliaferro LA. Health behaviors and mental health of students attending alternative high schools: a review of the research literature. *J Spec Pediatr Nurs* 2012;17:79-97.
31. Kim Y. Adolescents' health behaviours and its associations with psychological variables. *Cent Eur J Public Health* 2011;19:205-9.
32. Zhou Z, Xiong H, Jia R et al. The risk behaviors and mental health of detained adolescents: a controlled, prospective longitudinal study. *PLoS One* 2012;7:e37199.
33. Wasserman D, Carli V, Wasserman C et al. Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2010;10:192.
34. Carli V, Wasserman C, Wasserman D et al. The Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) Randomized Controlled

- Trial (RCT): methodological issues and participant characteristics. *BMC Public Health* 2013;13:479.
35. World Health Organization. Global School-Based Student Health Survey. www.who.int.
 36. Brener ND, Kann L, McManus T et al. Reliability of the 1999 Youth Risk Behavior Survey questionnaire. *J Adolesc Health* 2002; 31:336-42.
 37. Beck AT, Steer RA, Ball R et al. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess* 1996;67:588-97
 38. Zung WW. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics* 1971;12:371-9.
 39. Goodman R, Meltzer H, Bailey V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1998;7:125-30.
 40. Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ et al. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *Br J Psychiatry* 1974;124: 460-9.
 41. Gratz K. Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *J Psychopathol Behav Assess* 2001;23:253-63.
 42. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: World Health Organization, 2006.
 43. Balazs J, Miklosi M, Keresztesy A et al. Adolescent subthreshold depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *J Child Psychol Psychiatry* 2013;54: 670-7.
 44. Linzer DA, Lewis JB. *poLCA*: An R package for polytomous variable latent class analysis. *J Stat Softw* 2011;42:1-29.
 45. Jackson CA, Henderson M, Frank JW et al. An overview of prevention of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood. *J Public Health* 2012;34(Suppl. 1):i31-40.
 46. Yuma-Guerrero PJ, Lawson KA, Velasquez MM et al. Screening, brief intervention, and referral for alcohol use in adolescents: a systematic review. *Pediatrics* 2012;130:115-22.
 47. Olsson GI, von Knorring AL. Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99: 324-31.
 48. Mouttapa M, Huang TT, Shakib S et al. Authority-related conformity as a protective factor against adolescent health risk behaviors. *J Adolesc Health* 2003;33:320-1.
 49. Brener ND, Billy JO, Grady WR. Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. *J Adolesc Health* 2003;33:436-57.
 50. Brener ND, Grunbaum JA, Kann L et al. Assessing health risk behaviors among adolescents: the effect of question wording and appeals for honesty. *J Adolesc Health* 2004;35:91-100.
 51. Achenbach TM. The Child Behavior Profile: I. Boys aged 6-11. *J Consult Clin Psychol* 1978;46:478-88.
 52. Kokkevi A, Richardson C, Florescu S et al. Psychosocial correlates of substance use in adolescence: a cross-national study in six European countries. *Drug Alcohol Depend* 2007;86:67-74.
 53. Barone C, Weissberg RP, Kaspro WJ et al. Involvement in multiple problem behaviors of young urban adolescents. *J Prim Prev* 1995;15:261-83.
 54. Brodbeck J, Bachmann MS, Croudace TJ et al. Comparing growth trajectories of risk behaviors from late adolescence through young adulthood: an accelerated design. *Dev Psychol* 2013;49:1732-8.
 55. Stenbacka M, Stenbacka M, Stattin H et al. Adolescent use of illicit drugs and adult offending: a Swedish longitudinal study. *Drug and Alcohol Review* 2007;26:397-403.
 56. van Lier PAC, Huizink A, Crijnen A. Impact of a preventive intervention targeting childhood disruptive behavior problems on tobacco and alcohol initiation from age 10 to 13 years. *Drug and Alcohol Dependence* 2009;100:228-33.
 57. Clarke G, Harvey AG. The complex role of sleep in adolescent depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2012;21:385-400.
 58. Biddle SJ, Asare M. Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *Br J Sports Med* 2011;45:886-95.
 59. Carli V, Durkee T, Wasserman D et al. The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: a systematic review. *Psychopathology* 2013;46:1-13.

DOI 10.1002/wps.20088

Interacción de genes y ambiente en la perspectiva evolutiva: diferentes susceptibilidades a influencias ambientales

JAY BELSKY^{1,2}, SARAH HARTMAN¹

¹Department of Human Ecology, Human Development and Family Studies Program, University of California, Davis, CA 95616, USA;

²King Abdulaziz University, Jeddah, Saudi Arabia

Por tradición, los psiquiatras se han ocupado de la naturaleza, los orígenes, secuelas y tratamiento de los trastornos mentales. Cuando se trata de la etiología y el papel que desempeña la genética, los genetistas psiquiátricos se han enfocado en las relaciones genotipo-fenotipo, es decir, los vínculos directos entre polimorfismos específicos y trastornos específicos, así como la vulnerabilidad genética a la adversidad, según se revela en estudios de la interacción entre genes y ambiente.

En este artículo ofrecemos una nueva forma de analizar estos aspectos psiquiátrico-genéticos. Más que conceptualizar algunos polimorfismos genéticos como genes para algún trastorno o tan funcionales como los «genes de riesgo», lo que aumenta la probabilidad de que el trastorno surja en caso de adversidad contextual, planteamos que muchos genes que han sido el centro de la atención de la investigación psiquiátrica-genética de hecho pueden volver a las personas más en vez de menos sensibles al ambiente y por tanto diferentemente susceptibles a experiencias durante el desarrollo y exposiciones ambientales.

Por otra parte, y por contraposición al pensamiento prevaleciente, argüimos que algunos polimorfismos se debieran conceptualizar como genes de «plasticidad» más que de «vulnerabilidad» (1), pues hacen que los individuos no sólo tengan más probabilidades de sucumbir a los trastornos mentales cuando experimentan adversidad, sino tienen más posibilidades de beneficiarse circunstancias de apoyo y ser afectados de manera adversa por las negativas (2,3).

Esta forma de conceptualizar la interacción de genes y ambiente se deriva de un análisis evolutivo del desarrollo humano (1,3,4), uno que explícitamente reconoce que la plasticidad conlleva tanto costos como beneficios, y algunos costos están relacionados con el hecho de que el futuro es inherentemente incierto; en consecuencia, a veces, cuando la experiencia previa durante el desarrollo conforma el funcionamiento ulterior, sobrevendrá una «desigualdad» costosa, ya que el mundo al que se hace frente más adelante en el desarrollo resulta incongruente con lo experimentado en un momento previo –e influyente–. Esto parece indicar que la selección natural tendría «cubiertas sus apuestas», haciendo que algunos individuos tengan más y otros menos –o difícilmente– plasticidad del desarrollo. Esto implica además que la plasticidad del desarrollo se debiera considerar por sí sola como un fenotipo o un constructo de diferencia en el individuo (4).

Como resultó ser, muchos hallazgos de la interacción entre genes y medio ambiente son congruentes con este punto de vis-

ta de que algunos individuos resultan más afectados que otros –debido a su constitución genética– por la exposición ambiental de una manera «para bien y para mal» (2), lo que depende del medio ambiente al cual están expuestos. Para fines ilustrativos, nos enfocamos aquí en dos polimorfismos ampliamente estudiados.

¿DOS GENES PARA LA PLASTICIDAD?

Al igual que otros polimorfismos, los genetistas psiquiátricos por mucho tiempo han considerado el gen transportador de serotonina 5-HTTLPR y el gen del receptor de dopamina DRD4, como «genes de vulnerabilidad» que, ante la adversidad, predisponen a los portadores de alelos específicos a la depresión y al trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD), respectivamente. Sin embargo, cada vez más evidencia indica que podrían considerarse mejor como «genes de plasticidad», que hacen que los portadores de los alelos de riesgo putativos sean muy susceptibles a las influencias ambientales –para bien y para mal–.

Por lo que respecta a 5-HTTLPR los individuos portadores de uno o más alelos cortos han mostrado mayor plasticidad «para bien o para mal» cuando el indicador de crianza y el resultado en el niño son, respectivamente, la reactividad materna y la interiorización moral, los malos tratos al niño y la conducta antisocial, y la crianza con apoyo y afecto positivo. Tales hallazgos relacionados con diferentes susceptibilidades también emergen (en varones adolescentes estadounidenses de ascendencia africana) cuando se utiliza la discriminación racial percibida para pronosticar los problemas de conducta; cuando se utilizan los sucesos vitales para pronosticar neuroticismo y satisfacción en la vida de adultos jóvenes; y cuando se utiliza la adversidad durante la infancia comunicada en forma retrospectiva para explicar aspectos de la impulsividad entre estudiantes universitarios. De hecho, un metaanálisis reciente revela que, en el caso de los niños caucásicos menores de 18 años de edad los portadores de alelo corto son más susceptibles que los portadores de alelo largo a las experiencias tanto positivas como negativas del desarrollo (5).

Por lo que respecta a DRD4, la susceptibilidad intensificada si no es que exclusiva ha surgido en el caso de portadores del alelo de 7 repeticiones en contextos donde el indicador ambiental y el resultado del desarrollo fueron, respectivamente, la positividad materna y la conducta prosocial; los cuidados

tempranos del niño no familiares y la competencia social; el estrés y el apoyo contextual y el despertar negativo del adolescente; la adversidad en la infancia y la dependencia al alcohol persistente en el adulto joven; y el estado de riesgo de recién nacido (es decir, edad gestacional, peso de nacimiento para la edad gestacional, duración de la hospitalización) y la sensibilidad materna observada. Una vez más es notable que un metaanálisis de la investigación de la interacción de genes y medio ambiente en torno a los genes relacionados con la dopamina reveló que los niños de 8 y menos años de edad responden a las experiencias positivas y negativas de una manera congruente con las diferentes susceptibilidades (6).

DIRECCIONES DE LA INVESTIGACIÓN EN EL FUTURO

Pese a la evidencia cada vez mayor de la interacción genes-ambiente que es compatible con el punto de vista de los genes de plasticidad en consideración, aún no se han explorado o esclarecido muchos aspectos. Además de 5-HTTLPR y DRD4, hay datos indicativos de que otros polimorfismos bien estudiados pueden operar como factores de plasticidad (por ejemplo, factor neurotrófico derivado del cerebro, BDNF; monoaminoxidasa A), que hace que algunos individuos sean más susceptibles a las influencias ambientales –para bien y para mal– (4). Es muy importante apreciar que la mayor parte de los polimorfismos que han surgido como factores de plasticidad potencial se derivan de estudios psiquiátricos-genéticos guiados por el concepto de vulnerabilidad. Por consiguiente, los investigadores debieran expandir su lista de genes putativos más allá de tales polimorfismos asociados al funcionamiento alterado, en condiciones ideales a los que se considera que influyen en la plasticidad. Un ejemplo reciente de tal esfuerzo que genera evidencia de las diferentes susceptibilidades se enfocó en el genotipo CHRNA4, dada su función en la producción de acetilcolina, un componente muy relacionado con la plasticidad y el aprendizaje (7).

En vez de considerar a algunos individuos como maleables (por ejemplo, los portadores de alelo corto 5-HTTLPR) y otros como carentes de tal característica (por ejemplo, portadores de alelo largo homocigoto), probablemente es más congruente pensar en un gradiente, en el que algunos son muy maleables, algunos aceptablemente maleables, algunos menos y algunos para nada. Ciertamente que esto es señalado por la investigación que utiliza múltiples genes de plasticidad, según se revela como una relación dosis-respuesta entre el número de genes de plasticidad y el grado en el que los individuos son afectados por las exposiciones ambientales de una manera para bien y para mal (4). La investigación subsiguiente de esta clase debería guiarse en un «enfoque genético a nivel de sistemas» que implique la composición de los genes de plasticidad putativos basados en el conocimiento de procesos biológicos específicos o guías, como el sistema dopaminérgico o el serotoninérgico, o la morfología neurológica.

Por otro lado, la mayor parte de la investigación relacionada con la susceptibilidad diferencial ha sido de carácter de observación. Esto puede cuestionar la interpretación ya que las experiencias ambientales pueden seleccionarse más que asignarse al azar, creando la posibilidad de que la correlación gen-

ambiente se encubra como una interacción gen-ambiente. Una solución a este problema consiste en llevar a cabo experimentos de intervención con asignación aleatoria de los participantes a condiciones experimentales o de control, un trabajo que todavía está en sus etapas iniciales (4,8). Aun cuando tales esfuerzos estén limitados a analizar sólo el aspecto «para bien» de la plasticidad, permiten evaluar si las variantes alélicas observadas que hacen que los individuos sean muy vulnerables a la adversidad en la investigación de observación también predisponen a los portadores a beneficiarse en grado desproporcionado de los esfuerzos de intervención concebidos para promover el funcionamiento positivo.

Tiene la misma importancia que tal trabajo de intervención pueda determinar si, según se presupone por el concepto de susceptibilidad diferencial, las variantes alélicas relacionadas con la resistencia a la adversidad conducen a los portadores a beneficiarse menos –o nada– de las intervenciones concedidas para favorecer el funcionamiento positivo. El evaluar la noción de que la plasticidad del desarrollo se considere como un constructo de diferencia individual plantea la cuestión de si la plasticidad es un dominio general o un dominio específico. Es decir, ¿acaso los individuos más maleables son más reactivos y más sujetos a la influencia de una amplia gama de condiciones ambientales y exposiciones durante el desarrollo y otros individuos no son especialmente influidos por la misma serie extensa de experiencias? ¿O son los individuos sobre todo «mosaicos» de plasticidad, y son muy sensibles a algunas condiciones contextuales pero no a otras o con respecto a algunos resultados del desarrollo pero no a otros?

No importa cuán sorprendente podría parecer, hay ciertos indicios para el punto de vista del dominio general. Considérense los resultados de dos intervenciones que utilizaron métodos muy disímolos para promover aspectos diferentes del desarrollo. En un caso la intervención procura fomentar la crianza sensible a fin de reducir la conducta exteriorizante del preescolar (9) y la reactividad al estrés relacionada con el cortisol (10), en tanto que en el otro se utilizó un programa de instrucción computarizada para fomentar que el preescolar tuviese más conciencia fonémica y, por tanto, literalismo temprano (11). Pese a las diferencias espectaculares en las intervenciones y en las características del desarrollo estudiadas, fueron los niños portadores del alelo de DRD4 de siete repeticiones los que se beneficiaron desproporcionadamente, si no es que exclusivamente, de ambas. Sin embargo, antes que se pueda concluir que la plasticidad es más dominio general que dominio específico, se necesita mucha más investigación. Sospechamos que algunos individuos estarán en los extremos de la plasticidad –muy reactivos o prácticamente no afectados por casi todas las condiciones contextuales– pero que la mayoría podría clasificarse un poco entre estos extremos.

CONCLUSIONES

Una perspectiva evolutiva nos conduce no sólo a apreciar los costos sino los beneficios de la plasticidad del desarrollo pero, como resultado, por qué los individuos debieran tener una susceptibilidad variable a las influencias ambientales. Por otra parte, este marco de referencia nos lleva a esperar –y hallar– que los individuos por mucho tiempo considerados

como muy vulnerables a la adversidad debido a su constitución genética se benefician en grado desproporcionado de experiencias de apoyo –debido precisamente a los mismos factores genéticos–. Esto condujo a reconceptuar a algunos genes de vulnerabilidad supuestos como genes de plasticidad putativos.

Pese a la evidencia resumida aquí y en otras partes (1,4), todavía es necesario aprender mucho sobre cuándo y cómo los factores genéticos operan como factores de plasticidad más que de vulnerabilidad. No obstante, el estudio de la susceptibilidad diferencial a las influencias ambientales ya ha resaltado las dos ventajas de considerar el desarrollo humano desde una perspectiva evolutiva y las desventajas de enfocarse desproporcionadamente en el riesgo contextual, el desarrollo disfuncional y la vulnerabilidad –por cuanto dificulta descubrir que precisamente los factores genéticos que podrían estar relacionados con la disfunción cuando los individuos experimentan adversidad contextual también pueden estar relacionados con un funcionamiento muy competente cuando tienen contextos de desarrollo con apoyo.

Bibliografía

1. Belsky J, Pluess M. Beyond diathesis stress: differential susceptibility to environmental influences. *Psychol Bull* 2009;135:885-908.
2. Belsky J, Bakermans-Kranenburg M, van Ijzendoorn MH. For better and for worse: differential susceptibility to environmental influences. *Curr Dir Psychol Sci* 2007;16:300-4.
3. Ellis BJ, Boyce WT, Belsky J et al. Differential susceptibility to the environment: an evolutionary - neurodevelopmental theory. *Dev Psychopathol* 2011;23:7-28.
4. Belsky J, Pluess M. Beyond risk, resilience and dysregulation: phenotypic plasticity and human development. *Dev Psychopathol* 2013; 25:1243-61.
5. Van Ijzendoorn MH, Belsky J, Bakermans-Kranenburg MJ. Serotonin transporter genotype 5HTTLPR as a marker of differential susceptibility? A meta-analysis of child and adolescent gene-by-environment studies. *Transl Psychiatry* (in press).
6. Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH. Differential susceptibility to rearing environment depending on dopamine related genes: new evidence and a meta-analysis. *Dev Psychopathol* 2011; 23:39-52.
7. Grazioplene RG, DeYoung CG, Rogosch FA et al. A novel differential susceptibility gene: CHRNA4 and moderation of the effect of maltreatment on child personality. *J Child Psychol Psychiatry* (in press).
8. van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Differential susceptibility experiments: going beyond correlational evidence: comment on beyond mental health, differential susceptibility articles. *Dev Psychol* 2012;48:769-74.
9. Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH, Pijlman FTA et al. Experimental evidence for differential susceptibility: dopamine D4 receptor polymorphism (DRD4 VNTR) moderates intervention effects on toddlers' externalizing behavior in a randomized controlled trial. *Dev Psychol* 2008;44:293-300.
10. Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Mesman J et al. Effects of an attachment-based intervention on daily cortisol moderated by dopamine receptor D4: a randomized control trial on 1- to 3-year-olds screened for externalizing behavior. *Dev Psychopathol* 2008;20:805-20.
11. Kegel CAT, Bus AG, van Ijzendoorn MH. Differential susceptibility in early literacy instruction through computer games: the role of the dopamine D4 receptor gene (DRD4). *Mind Brain Educ* 2011;5:71-8.

DOI 10.1002/wps.20092

La evolución de la psicoeducación para el trastorno bipolar: desde las clínicas de litio hasta la psicoeducación integradora

FRANCESC COLOM

Barcelona Bipolar Disorders Unit, IDIBAPS-CIBERSAM, Institute of Neurosciences, Hospital Clinic, Villarroel 170, Barcelona 08036, Spain

El adaptarse y vivir con trastorno bipolar es algo complejo y a veces contrario al sentido común. Exige una serie de actitudes y aptitudes que comprenden una comprensión emocional enorme, un estilo de vida saludable y sistemático, habilidades para identificar cambios sutiles y la motivación para lograr el cumplimiento de todo el tratamiento. La participación de los pacientes y una actitud de iniciativa son una condición obligatoria para un resultado terapéutico satisfactorio. Esto explica en parte la repercusión terapéutica de los programas psicoeducativos en este trastorno.

Sin embargo, el antecedente de la psicoeducación de grupo en el trastorno bipolar está lleno de altibajos. Resulta muy interesante que los líderes de opinión en psicoterapia de grupo respetados en todo el mundo al principio no se mostraban muy entusiastas con el empleo de tal estrategia con pacientes bipolares. I. Yalom, por ejemplo, definió a un paciente bipolar como «una de las peores calamidades que podría caer en la psicoterapia de grupo» (1). Desde entonces, el ejercicio de la psicoeducación ha evolucionado junto con la conceptualización del trastorno bipolar.

LOS PIONEROS: CLÍNICAS DE LITIO

Los ancestros de la psicoeducación se han de hallar en las llamadas «clínicas de litio» que aparecieron tanto en Europa como en Estados Unidos en la década de 1970 y que por lo general eran dirigidas por un equipo integrado por un psiquiatra y personal de apoyo (enfermeras y a veces psicólogos). El enfoque era en la vigilancia del tratamiento farmacológico, aunque también se ofrecía alguna información y apoyo mutuo. Esto correspondería a una comprensión biológica del trastorno del 100% lo cual, tal vez, estaba tratando de contrarrestar los puntos de vista psicodinámicos de la era previa al litio. En varios estudios se ha descrito la eficacia de tal contexto (por ejemplo, 2), lamentablemente sin métodos comparativos apropiados.

PSICOEDUCACIÓN BASADA EN LA INFORMACIÓN

Después de la era de las clínicas de litio, aparecieron en la literatura varios estudios sobre la psicoeducación basada en información, principalmente originados en Estados Unidos y

en los Países Bajos, un país con una larga tradición en los esfuerzos psicoeducativos bipolares y grupos de autoayuda y de defensa. Los estudios realizados por E. van Gent (3) mostraron al principio un efecto notable sobre el estigma y la autoayuda y, más adelante, en un seguimiento a tres años, una reducción significativa de los problemas de cumplimiento y hospitalizaciones en los pacientes que recibían psicoeducación. Sin embargo, este punto de vista de la psicoeducación basado en esta información reflejaba un enfoque mal integrado en el trastorno bipolar, en el que la iniciativa no se veía como un aspecto central del tratamiento.

PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN DE ACTITUDES Y APTITUDES

En 2003 nuestro grupo (4) publicó el primer estudio controlado y randomizado sobre la eficacia de la psicoeducación en la prevención de las recidivas del trastorno bipolar. El modelo solía resaltar la importancia de la concienciación en torno a la enfermedad, el autocontrol, la identificación de los signos de advertencia iniciales, la regularidad de hábitos, el cumplimiento del tratamiento y el evitar el mal uso de fármacos. Se ha definido como la «psicoeducación conductual», pero más bien la consideramos como un programa de psicoeducación de «actitudes y aptitudes». Esto definitivamente se correspondió con una perspectiva del trastorno bipolar como un trastorno complejo que comprendía no sólo factores etiológicos biológicos sino también variables psicológicas y sociales que pueden actuar como factores desencadenantes, moduladores o mediadores. El Programa de Psicoeducación de Barcelona demostró una gran eficacia para evitar toda clase de recidivas tanto en el seguimiento a dos años como a cinco años (5). Este estudio se ha reproducido satisfactoriamente utilizando exactamente la misma intervención, que muestra resultados excelentes con respecto a la prevención del ingreso (6).

LAS LIMITACIONES DEL MODELO ACTUAL

Sin embargo, aun este programa tan difundido tenía algunas limitaciones relevantes que, tal vez, reflejen la perspectiva que teníamos en torno al trastorno cuando se inició el programa

(mediados de la década de 1990). El programa apenas promovía la salud física –por medio de la prescripción de una dieta regular, fomentando el ejercicio con regularidad, etcétera– un aspecto que hoy en día se sabe muy bien que es esencial para el tratamiento de cualquier trastorno psiquiátrico crónico, y el trastorno bipolar y la esquizofrenia en concreto, debido al mayor riesgo de obesidad y síndrome metabólico (por ejemplo, 7). Por otra parte, estudios recientes demostraron que una intervención conductual para bajar de peso reducía significativamente el peso corporal durante un periodo de 18 meses en adultos con preobesidad y obesidad así como enfermedades mentales graves (8), aunque el efecto del ejercicio físico sobre el estado de ánimo es limitado según un estudio controlado recién publicado (9).

Por otra parte, el programa no contemplaba la importancia del avance de la enfermedad o la sensibilización. Aunque a mediados de la década de 1990 las teorías del encendido (10) era un tema de investigación destacado, aún no se había logrado el conocimiento actual sobre la alteración cognitiva y las etapas de la enfermedad (véase 11). Resulta interesante que muchas intervenciones psicológicas –incluida la psicoeducación, la psicoterapia cognitiva conductual y la psicoeducación familiar– pierdan la eficacia cuando se implementan en pacientes con un gran número de episodios previos. En un estudio comparativo y randomizado de seguimiento a 18 meses Scott, et al (12) no descubrieron diferencias significativas en lo que respecta a recidivas entre dos grupos de pacientes con trastorno bipolar grave y recidivante que recibieron respectivamente 22 sesiones de psicoterapia cognitiva conductual y el tratamiento habitual. Un análisis a posteriori demostró que la psicoterapia cognitiva conductual complementaria era eficaz en comparación con el tratamiento habitual sólo en esos pacientes con menos de 12 episodios previos.

La importancia de introducir las intervenciones psicológicas lo más pronto posible también se ha resaltado en un subanálisis efectuado por Colom, et al (13), el cual muestra la falta de eficacia de la psicoeducación de grupo en pacientes con más de 15 episodios previos que eran eutímicos al inicio del estudio. Tanto la probabilidad de sufrir alteraciones cognitivas como las dificultades de modificar los hábitos pueden ser más frecuentes en pacientes más veteranos, lo cual podría contribuir a la falta de eficacia de la psicoeducación en este subgrupo. Asimismo, Reinares, et al (14) demostraron que, pese a los buenos resultados generales que conlleva la psicoeducación de grupo de familia, su eficacia pareció limitarse a pacientes que estaban en las etapas iniciales de la enfermedad (15). Puede haber una alteración progresiva de las capacidades y adaptación de los pacientes en etapas avanzadas, lo que aumenta la vulnerabilidad y disminuye la resistencia a la adversidad a medida que avanza la enfermedad. Estas capacidades de adaptación posiblemente podrían resumirse con una intervención apropiada.

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS DEL FUTURO: HACIA LA PSICOEDUCACIÓN INTEGRADORA

El enfoque integral en el trastorno bipolar debiera dirigirse tanto al restablecimiento sindrómico como funcional. Lamentablemente, la mayor parte de los tratamientos disponi-

bles –tanto farmacológicos como psicológicos– por lo general son más satisfactorios para lograr el restablecimiento sólo clínico más que completo. Es muy interesante que recientemente se haya publicado el primer estudio randomizado controlado sobre la eficacia de un tratamiento con una nueva marca llamado «remedio funcional» (16). Este es un programa de grupo de 21 sesiones que comprenden técnicas neurocognitivas, capacitación, psicoeducación sobre aspectos relacionados con la cognición y resolución de problemas, dirigido a evitar los problemas inherentes a la posibilidad de aplicación generalizada de programas similares adoptados en el campo de la esquizofrenia. El estudio mencionado fue un estudio multicéntrico de tres grupos que comparó la eficacia de la remediación funcional con la psicoeducación y con el tratamiento habitual, incluyendo un total de 268 pacientes externos. La remediación funcional tuvo un considerable efecto sobre el funcionamiento –principalmente sobre los dominios laboral e interpersonal– y fue diferente del tratamiento habitual, pero no fue significativamente diferente de la psicoeducación, la que sin embargo tuvo un efecto más pequeño sobre el funcionamiento.

Un modelo integral de la psicoeducación debiera, por consiguiente, incluir estrategias que sean útiles no sólo para los pacientes en las etapas más iniciales de la enfermedad sino también para los que presentan alguna alteración. Asimismo, debiera promover hábitos saludables, tales como la práctica de ejercicio físico con regularidad. Por otra parte, dados los problemas de la cognición social que persisten aun cuando el paciente esté asintomático (17), debiera hacerse un esfuerzo más significativo para abordar estos aspectos.

Por otro lado, el remedio funcional y la psicoeducación pueden tomar diferentes lugares en el arsenal disponible de las psicoterapias para los trastornos bipolares. Si bien la psicoeducación puede ser el tratamiento de primera opción como un complemento profiláctico para muchos pacientes bipolares (principalmente para los que están en las etapas tempranas y medias de la enfermedad), el remedio funcional es el tratamiento de elección en pacientes que muestran una alteración cognitiva y funcional clara que probablemente no respondería bien a la psicoeducación.

Hay la necesidad de aclarar mejor qué funciona en quienes están en el campo de las terapias bipolares, tomando en cuenta también la repercusión en la prevención de los episodios maníacos frente a depresivos. El índice de polaridad es una métrica novedosa y validada que ilustra la eficacia profiláctica antimaniaca frente a antidepresiva relativa de una intervención en el tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar (18) y puede aplicarse tanto a los tratamientos farmacológicos como a los no farmacológicos. De acuerdo con este índice, la psicoeducación de grupo del paciente, aunque es la intervención más equilibrada, puede tener un mayor efecto en la prevención de los episodios de depresión, en tanto que la psicoeducación del cuidador puede tener un mayor efecto en la prevención de los episodios maníacos (19).

En conclusión, puesto que la psicoeducación está inspirada tanto en la comprensión actual del trastorno bipolar como en nuestra sensibilidad a las necesidades de nuestros pacientes, no puede ser un tratamiento estático y no modificable, sino más bien un programa dinámico que evolucionará tras la evolución de esa comprensión y esas necesidades.

Agradecimientos

El autor agradece el apoyo y la financiación del Ministerio de Salud Español, el Instituto de Salud Carlos III y CIBERSAM. También es financiado por el Ministerio Español de Economía y Competitividad.

Bibliografía

1. Yalom ID. The theory and practice of group psychotherapy. New York: Basic Books, 1975.
2. Gitlin MJ, Jamison KR. Lithium clinics: theory and practice. *Hosp Community Psychiatry* 1984;35:363-8.
3. van Gent EM, Vida SL, Zwart FM. Group therapy in addition to lithium therapy in patients with bipolar disorders. *Acta Psychiatr Belg* 1988;88:405-18.
4. Colom F, Vieta E, Martínez-Aran A et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:402-7.
5. Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J et al. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *Br J Psychiatry* 2009;194:260-5.
6. Candini V, Buizza C, Ferrari C et al. Is structured group psychoeducation for bipolar patients effective in ordinary mental health services? A controlled trial in Italy. *J Affect Disord* 2013;151:149-55.
7. Vancampfort D, Wampers M, Mitchell AJ et al. A meta-analysis of cardio-metabolic abnormalities in drug naïve, first-episode and multi-episode patients versus general population controls. *World Psychiatry* 2013;12:240-50.
8. Daumit GL, Dickerson FB, Wang NY et al. A behavioral weight-loss intervention in persons with serious mental illness. *N Engl J Med* 2013;368:1594-602.
9. Chalder M, Wiles NJ, Campbell J et al. A pragmatic randomized controlled trial to evaluate the cost-effectiveness of a physical activity intervention as a treatment for depression: the treating depression with physical activity (TREAD) trial. *Health Technol Assess* 2012;16:1-164.
10. Post RM, Putnam F, Contel NR et al. Electroconvulsive seizures inhibit amygdala kindling: implications for mechanisms of action in affective illness. *Epilepsia* 1984;25:234-9.
11. Vieta E, Popovic D, Rosa AR et al. The clinical implications of cognitive impairment and allostatic load in bipolar disorder. *Eur Psychiatry* 2013;28:21-9.
12. Scott J, Paykel E, Morriss R et al. Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006;188:313-20.
13. Colom F, Reinares M, Pacchiarotti I et al. Has number of previous episodes any effect on response to group psychoeducation in bipolar patients? A 5-year follow-up post-hoc analysis. *Acta Neuropsychiatr* 2010;22:50-3.
14. Reinares M, Colom F, Sánchez-Moreno J et al. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. *Bipolar Disord* 2008;10:511-9.
15. Reinares M, Colom F, Rosa AR et al. The impact of staging bipolar disorder on treatment outcome of family psychoeducation. *J Affect Disord* 2010;123:81-6.
16. Torrent C, Bonnin Cdel M, Martínez-Aran A et al. Efficacy of functional remediation in bipolar disorder: a multicenter randomized controlled study. *Am J Psychiatry* 2013;170:852-9.
17. Samame C, Martino DJ, Strejilevich SA. Social cognition in euthymic bipolar disorder: systematic review and meta-analytic approach. *Acta Psychiatr Scand* 2012;125:266-80.
18. Popovic D, Reinares M, Goikolea JM et al. Polarity index of pharmacological agents used for maintenance treatment of bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2012;22:339-46.
19. Popovic D, Reinares M, Scott J et al. Polarity index of psychological interventions in maintenance treatment of bipolar disorder. *Psychother Psychosom* 2013;82:292-8.

DOI 10.1002/wps.20091

Más allá de la inteligencia en la revisión de la ICD-10: funciones cognitivas específicas en los trastornos intelectuales del desarrollo

Un menor grado de inteligencia, según se determina mediante el CI, históricamente ha sido el criterio definitorio central de retraso mental (RM). La utilización de puntuaciones del CI en términos de unidades de desviación estándar de la media representa la base para definir el retraso mental en la ICD-10 y en el DSM-IV-TR, y en tiempos más recientes para definir la discapacidad intelectual (DI) en el DSM-5. Asimismo, el retraso es definido por la American Association on Intellectual and Developmental Disabilities como una puntuación en el CI de aproximadamente dos desviaciones estándar por debajo de la media (1).

Sin embargo, en los últimos años un número creciente de investigadores y profesionales clínicos han expresado el punto de vista de que las mediciones del CI no logran captar diferencias individuales en la disfunción cognitiva. La heterogeneidad de la disfunción cognitiva y las características de la conducta de adaptación consecutivas en personas con retraso mental es uno de los motivos que condujeron al grupo de trabajo a cargo de esta cuestión en la revisión de la ICD-10 a proponer una nueva definición para los trastornos del desarrollo intelectual (TDI) en la próxima 11ª edición del sistema diagnóstico (2).

En 2011, la Sección sobre Psiquiatría de la Discapacidad Intelectual de la WPA inició un proceso mini-Delphi con un grupo internacional de expertos para producir un documento de consenso sobre esta cuestión. La presente carta informa los resultados del mapeo sistemático (3) y la literatura internacional incluida en este proceso, enfocándose en los modelos actuales de inteligencia, funciones multicomponente y cognitivas específicas, y la relación entre la evaluación intelectual y afectiva, como relevantes para definir los TDI.

Un total de 7.948 artículos se correspondieron con las palabras clave. Después que se verificaron los títulos se seleccionaron 3.179. Luego de leer los resúmenes, se excluyeron 2.497 ya que no eran pertinentes para el tema del mapeo y 114 fueron excluidos porque no estaban en inglés. Después de la lectura de los artículos completos restantes, se incluyeron 177 artículos como relevantes para las interrogantes de la búsqueda.

El mapeo de los enfoques teóricos actuales identificó limitaciones del CI como un indicador de la complejidad adaptativa y el dinamismo del funcionamiento intelectual humano y señaló la necesidad de un modelo compartido y una definición integral de la inteligencia. De los enfoques disponibles, los utilizados con más frecuencia hacen referencia a una capacidad unitaria, enunciada en funciones complejas. Un segundo grupo evolutivo de teoría identifica un papel clave de factores interdependientes pero especializados, como las funciones cognitivas específicas. Hay una evidencia neurobio-psicológica que apoya ambos enfoques, pero parecen prevalecer los modelos multicomponente. Datos experimentales indican que la misma puntuación en el CI puede corresponder a perfiles cognitivos muy diferentes y que

las limitaciones y las conductas problemáticas relacionadas con los TDI se correlacionan con alteraciones de las funciones cognitivas específicas más que con el CI (4,5).

Para abordar las limitaciones de la concepción actual del retraso mental, el grupo de trabajo de la ICD-11 propuso criterios diagnósticos revisados para el TDI, basándose en un modelo más elocuente de alteración cognitiva. Este enfoque yuxtapone un nuevo concepto de caracterización cognitiva al de inteligencia y complementa la medición del CI con la evaluación de las funciones cognitivas específicas y una descripción contextualizada de dificultades adaptativas y aprendizaje consecutivos (2).

Dentro de este nuevo enfoque, las habilidades cognitivas debieran evaluarse a través de pruebas, observaciones semiestructuradas y exploración clínica directa. Las pruebas debieran combinar la medición del CI con la de varios aspectos del funcionamiento ejecutivo, entre ellos, el razonamiento perceptual, la velocidad de procesamiento, la comprensión verbal así como la evaluación de la comprensión, la percepción y la memoria de trabajo. La evaluación debiera tratar de identificar las disfunciones cognitivas que tienen la mayor repercusión negativa por lo que respecta a conducta, ajuste, autonomía y sobre todo calidad de vida, en todo el curso de la vida. Los instrumentos para evaluar funciones cognitivas específicas debieran tener un bajo costo, a fin de permitir la asimilación rápida por profesionales que ejercen en países con bajos ingresos (6). La producción y la distribución por organizaciones internacionales no lucrativas podrían facilitar considerablemente este esfuerzo.

En conclusión, dentro del modelo de la ICD-11 propuesto para la caracterización del TDI, hay la necesidad de medidas neuropsicológicas que fácilmente puedan adaptarse a diferentes grados de gravedad y que son fáciles de aplicar en la práctica clínica y en la investigación. La comprensión evolutiva de cómo los factores ambientales y culturales influyen en el desarrollo debiera promover una búsqueda continuada de modelos de evaluación y prácticas que capten las vías de desarrollo de la cognición en personas con TDI. Los estudios naturalistas, interdisciplinarios y multicéntricos podrían proporcionar datos útiles para este fin (7).

Marco O. Bertelli¹, Luis Salvador-Carulla², Daniela Scuticchio¹, Niccolò Varruciu¹, Rafael Martinez-Leal³, Sally-Ann Cooper⁴, Rune J. Simeonsson⁵, Shoumitro Deb⁶, Germain Weber⁷, Rex Jung⁸, Kerim Munir⁹, Colleen Adnams¹⁰, Leyla Akoury-Dirani¹¹, Satish Chandra Girimaji¹², Gregorio Katz¹³, Henry Kwok¹⁴, Carolyn Walsh¹⁵

¹Research and Clinical Centre (CREA), San Sebastiano Foundation, Florence, Italy; ²Centre for Disability Research and Policy, Faculty of Health Sciences, University of Sydney, Australia; ³Intellectual Disability - Developmental Disorders Research Unit (UNIVIDD), Fundación Villablanca, Reus, Spain; ⁴Institute of Health and Wellbeing, University of Glasgow, UK; ⁵School Psychology Program, University of North Carolina, Chapel Hill, NC, USA; ⁶Division of Neuroscience, Imperial College, London, UK; ⁷Faculty of Psychology, University of Vienna, Austria; ⁸Department of Neurosurgery, University of New Mexico, Albuquerque, NM, USA; ⁹Developmental Medicine Center, Boston Children's Hospital, Boston, MA, USA; ¹⁰Department of Psychiatry and Mental Health, University of Cape Town, South Africa; ¹¹Psychiatry Department, American University of Beirut Medical Center, Beirut, Lebanon; ¹²Child and Adolescent Psychiatry Department, National Institute of Mental Health and Neurosciences, Bangalore, India; ¹³Centro Terapéutico Interdisciplinario, Naucalpan, México; ¹⁴Psychiatric Unit for Learning Disabilities, Kwai Chung Hospital, Hong Kong, China; ¹⁵Harvard Medical School, Boston, MA, USA

Bibliografía

1. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. Intellectual disability: definition, classification, and systems of supports, 11th ed. Washington: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2011.
2. Salvador-Carulla L, Reed GM, Vaez-Azizi LM et al. Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for "mental retardation/intellectual disability" in ICD- 11. *World Psychiatry* 2011;10:175-80.
3. Rutter D, Francis J, Coren E et al. SCIE systematic research reviews: guidelines, 2nd ed. London: Social Care Institute for Excellence, 2010.
4. Friedman NP, Miyake A, Corley RP et al. Not all executive functions are related to intelligence. *Psychol Sci* 2006;17:172-9.
5. Johnson W, Jung RE, Colom R et al. Cognitive abilities independent of IQ correlate with regional brain structure. *Intelligence* 2008;36:18-28.
6. World Health Organization. Atlas: Global resources for persons with intellectual disabilities. Geneva: World Health Organization, 2007.
7. Bender A, Beller S. The cultural constitution of cognition: taking the anthropological perspective. *Front Psychol* 2011;2:1-6.

DOI 10.1002/wps.20094

Atribuciones extremas predicen la ideación suicida y las tentativas de suicidio en el trastorno bipolar: datos prospectivos del programa STEP-BD

Las personas con trastorno bipolar (BD) experimentan altas tasas de suicidio y estudios previos indican que 25% a 50% de las personas con este trastorno tienen un antecedente de tentativa de suicidio en el curso de la vida (1). Son escasos los estudios de pacientes con trastorno bipolar en que se han evaluado indicadores psicosociales de ideación suicida y tentativas de suicidio (2,3).

Los sucesos negativos en la vida y la desesperanza a menudo desencadenan tentativas de suicidio (2), pero no todos los individuos que experimentan sucesos negativos llegan a presentar una tentativa de suicidio. En el trastorno bipolar y en el trastorno depresivo mayor, la tendencia a adoptar atribuciones «extremas» rígidas, de blanco o negro, sobre las causas de los sucesos vitales (por ejemplo, «soy un fracaso total») conlleva una evolución más desfavorable de la enfermedad (4-6). Sin embargo, aún no se ha explorado si las atribuciones extremas están vinculadas a la ideación suicida y a las tentativas de suicidio.

En el presente estudio se evaluó la relación entre las atribuciones extremas, el antecedente de tentativas de suicidio y la presentación de ideación suicida en personas deprimidas con trastorno bipolar.

Los participantes del estudio fueron 100 pacientes deprimidos con trastorno bipolar I (61%) o II (39%) según el DSM-IV. Esta fue una submuestra de los 293 pacientes ambulatorios incluidos en el estudio randomizado y controlado (7) que comparó la eficacia de la psicoterapia y el tratamiento en colaboración como parte del Programa para Mejoramiento Sistemático del Tratamiento del Trastorno Bipolar (STEP-BD) (7), que había recibido una evaluación del estilo atribucional y tenían datos válidos sobre el antecedente de tentativa de suicidio en el curso de la vida.

El diagnóstico de trastorno bipolar y la evaluación de las tentativas de suicidio fueron efectuados por psiquiatras que colaboraron en el estudio utilizando la Evaluación de los Trastornos Afectivos (8). Se utilizó el Formulario para la Vigilancia Clínica (9) en la evaluación de los síntomas afectivos, incluida la presentación de ideación suicida, en cada consulta durante un periodo de 1 año.

Se utilizó el Cuestionario de Estilo Atribucional (ASQ, 10) para medir las atribuciones extremas. Los participantes evaluaron la causa percibida de doce sucesos vitales hipotéticos en escalas de Likert de 7 puntos por lo que respecta a interioridad («debido a mí» frente a «debido a otros»), estabilidad («siempre» frente a «nunca presente») y globalidad («todas las situaciones» frente a «sólo esta situación»). En congruencia con estudios previos (4-6), calculamos las variables que representan el estilo atribucional total (ASQ total) y el número de atribuciones «extremas» (evaluaciones de 1 ó 7). La congruencia interna fue satisfactoria ($\alpha = 0,76$).

De los 100 participantes, 31% tenían un antecedente previo de tentativa de suicidio. Setenta y un por ciento experimentaron la presentación de ideación suicida durante todo un año de seguimiento.

Los análisis de regresión logística indicaron que, después del ajuste con respecto a la categoría bipolar (I frente a II), los pacientes que efectuaban atribuciones más extremas tenían más probabilidades de un antecedente de tentativa de suicidio (OR = 1,06; $p = 0,04$; $\Delta R^2 = 0,06$). Este efecto se mantuvo significativo después del ajuste con respecto a los síntomas iniciales de depresión y manía, tipo de trastorno bipolar, género sexual, edad, edad en que se inició el trastorno bipolar, presentación de trastorno por ansiedad concomitante, número de trastornos por ansiedad en el curso de la vida, número de trastornos psiquiátricos concomitantes y sueño (OR = 1,08; $p = 0,02$; $\Delta R^2 = 0,07$), pero se redujo a no significativo cuando se efectuó el ajuste con respecto al número de episodios de depresión y manía/hipomanía en el curso de la vida (OR = 1,06; $p = 0,12$; $\Delta R^2 = 0,03$). En contraste, el estilo atribucional general no pronosticó en grado significativo el antecedente de tentativas de suicidio (OR = 1,01; $p = 0,61$; $\Delta DR^2 < 0,01$).

Las regresiones logísticas jerárquicas indicaron que hubo una interacción significativa entre las atribuciones extremas y el antecedente de una tentativa de suicidio para pronosticar la presentación de ideación suicida durante el periodo prospectivo del estudio por arriba y más allá de la gravedad de la depresión inicial (OR = 1,20; $p = 0,03$; $\Delta DR^2 = 0,07$). Las atribuciones extremas pronosticaron una probabilidad significativamente mayor de presentación de ideación suicida en pacientes con un antecedente de tentativa de suicidio ($t = 2,08$; $p = 0,04$), pero no en pacientes sin ninguna antecedente de tentativa de suicidio ($t = -0,64$; $p = 0,52$). Estos resultados se mantuvieron significativos después del ajuste con respecto a la condición de tratamiento psicosocial, síntomas iniciales de manía, número de sesiones de tratamiento psicosocial, días en el estudio, categoría bipolar I o II, edad, género sexual, educación, número de episodios de depresión y manía/hipomanía en el curso de la vida, número de diagnósticos psiquiátricos concomitantes, cantidad de medicación psiquiátrica y edad al inicio del trastorno bipolar (término de interacción: OR = 1,37; $p = 0,01$). En contraste con las atribuciones extremas, el estilo atribucional general no pronosticó en grado significativo la presentación de ideación suicida, sea como un efecto principal o en interacción con el antecedente de tentativa de suicidio (OR = 1,01; $p = 0,89$; $\Delta DR^2 < 0,01$).

Nuestros hallazgos parecen indicar que la evaluación de los estilos de pensamiento extremo puede ser importante para identificar cuáles pacientes bipolares tienen riesgo de suicidio. Las limitaciones de este estudio incluyen que la muestra estaba recibiendo tratamiento psicosocial por depresión bipolar, de

manera que habrá que explorar el grado en el cual estos resultados se generalizan a pacientes que no estén recibiendo psicoterapia. Debido a la baja tasa de base, no pudimos evaluar en forma prospectiva las tentativas de suicidio, de manera que no está clara la dirección causal entre las atribuciones extremas y las tentativas de suicidio.

En conclusión, los profesionales clínicos debieran tomar en cuenta la evaluación de las atribuciones extremas en pacientes con trastorno bipolar, ya que pueden ser pertinentes para comprender y potencialmente reducir la morbilidad sustancial de suicidio en este trastorno.

**Jonathan P. Stange¹, Louisa G. Sylvia²,
Pedro Vieira da Silva Magalhães³,
David J. Miklowitz⁴, Michael W. Otto⁵,
Ellen Frank⁶, Michael Berk^{7,8},
Natasha S. Hansen², Darin D. Dougherty²,
Andrew A. Nierenberg², Thilo Deckersbach²**

¹Department of Psychology, Temple University, Philadelphia, PA, USA; ²Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, MA, USA; ³National Institute for Translational Medicine, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brazil; ⁴Division of Child and Adolescent Psychiatry, UCLA School of Medicine, Los Angeles, CA, USA; ⁵Department of Psychology, Boston University, Boston, MA, USA; ⁶Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA, USA; ⁷Deakin University, School of Medicine, Geelong, Australia; ⁸Orygen Youth Health Research Centre, and Department of Psychiatry, University of Melbourne, Parkville, Australia

Bibliografía

1. Chen Y-W, Dilsaver SC. Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. *Biol Psychiatry* 1996;39:896-9.
2. Malhi GS, Bargh DM, Kuiper S et al. Modeling bipolar disorder suicidality. *Bipolar Disord* 2013;15:559-74.
3. Valtonen HM, Suominen K, Mantere O et al. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2006;8:576-85.
4. Stange JP, Sylvia LG, da Silva Magalhaes PV et al. Extreme attributions predict the course of bipolar depression: results from the STEP-BD randomized controlled trial of psychosocial treatment. *J Clin Psychiatry* 2013;74:249-55.
5. Stange JP, Sylvia LG, Magalhaes PV et al. Extreme attributions predict transition from depression to mania or hypomania in bipolar disorder. *J Psychiatr Res* 2013;47:1329-36.
6. Peterson TJ, Feldman G, Harley R et al. Extreme response style in recurrent and chronically depressed patients: change with antidepressant administration and stability during the continuation treatment. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:145-53.
7. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E et al. Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:419-26.
8. Sachs GS. Use of clonazepam for bipolar affective disorder. *J Clin Psychiatry* 1990;51(Suppl. 1):31-4.
9. Sachs GS, Guille C, McMurrich SL. A clinical monitoring form for mood disorders. *Bipolar Disord* 2002;4:323-7.
10. Peterson C, Semmel A, von Baeyer C et al. The Attributional Style Questionnaire. *Cogn Ther Res* 1982;6:287-99.

DOI 10.1002/wps.20093

El ayuno durante el ramadán se relaciona con una tasa de recidiva más alta en pacientes con trastorno bipolar

El ayuno durante el mes de ramadán es un elemento fundamental del Islam. Se han comunicado varias alteraciones de ritmos biológicos en personas que ayunan durante ese mes (1), pero no hay ningún consenso sobre la repercusión del ayuno en pacientes con trastorno bipolar (2,3).

Llevamos a cabo un estudio en 170 pacientes con trastorno bipolar estabilizado (criterios del DSM-IV), lo que incluyó 111 personas que efectuaron ayuno y 59 que no ayunaron, enfocándonos en el mes de ramadán durante dos años sucesivos (2011 y 2012). Los participantes reclutados eran pacientes externos del Centro Psiquiátrico de la Universidad Ibn Rushd de Casa Blanca. Se les evaluó depresión mediante la Escala de Hamilton para la Evaluación de la Depresión, manía mediante la Escala de Bech-Rafaelsen, ansiedad mediante la Escala de Hamilton para la Evaluación de la Ansiedad, estrés mediante la Escala de Estrés Percibido (4), religiosidad mediante el Índice de Prácticas Religiosas (5). Asimismo, se evaluaron patrones de sueño y de consumo de alimentos, utilización de estimulantes y otras drogas y concentraciones plasmáticas de litio. Las evaluaciones fueron realizadas una semana antes del mes de ramadán (W-1), en la segunda y cuarta semana de ramadán (W2 y W4) y dos semanas después del término del mes de ramadán (W + 2).

La media de edad de los pacientes fue $36,2 \pm 12,0$ años; 51,2% eran mujeres; 62,4% eran solteros; 51,8% eran profesionalmente activos. El número de episodios afectivos por año fue $0,72 \pm 0,45$. Todos los pacientes estaban recibiendo estabilizadores afectivos; 81,2% también estaban recibiendo antipsicóticos; 21 pacientes también estaban recibiendo antidepresivos.

La tasa de recaída entre las personas que ayunaron fue 33,3% (37/111), incluidas 14 recaídas en la W2 (7 de manía y 7 de depresión), 9 más en la W4 (6 maníacas y 3 depresivas) y 14 más en la W + 2 (13 maníacas y una depresiva). La tasa de recaídas entre las personas que no ayunaron fue 15,3% (9/59), incluidas 3 recaídas maníacas en la W2, 4 más recaídas en la W4 (1 maniaca y 3 depresivas) y dos más en la W + 2 (una maniaca y una depresiva). La diferencia entre quienes ayunaron y no ayunaron fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 6,38$; $p = 0,012$). El ayuno durante el mes de ramadán aumentó el riesgo de recaídas entre los pacientes bipolares en 2,77 tantos en comparación con los que no ayunaron (IC del 95%: 1,233 a 6,254; $p = 0,014$).

El número de horas de sueño disminuyó más significativamente durante el mes de ramadán entre quienes ayunaron (de $9,39 \pm 1,45$ en W - 1 a $7,34 \pm 1,64$ en W4) en comparación con

quienes no ayunaron (de $9,92 \pm 1,28$ en W-1 a $8,59 \pm 2,17$ en W4) ($p < 0,0001$). El consumo de café durante el mes aumentó en quienes ayunaron (de $1,47 \pm 1,51$ tazas en W-1 a $1,94 \pm 1,94$ en W4) más que en quienes no ayunaron (de $1,61 \pm 1,59$ tazas en W-1 a $1,76 \pm 1,75$ en W4), pero la diferencia no fue estadísticamente significativa. Las concentraciones séricas de litio no fueron significativamente diferentes entre los que ayunaron (media: $0,57 \pm 0,65$ mEq/l en W-1 y $0,65 \pm 0,71$ mEq/l en W4) y los que no ayunaron (media: $0,57 \pm 0,11$ mEq/l en W - 1 y $0,64 \pm 0,75$ mEq/l en W4). Después del ajuste con respecto al número de horas de sueño, consumo de café y concentraciones séricas de litio, la tasa de recidiva se mantuvo más elevada en los que ayunaron que en los que no ayunaron.

Este estudio indica que el ayuno durante el mes de ramadán puede tener una repercusión negativa en pacientes con trastorno bipolar. Esto podría llevar a medidas preventivas contra las recaídas en personas con trastorno bipolares en los países musulmanes (más de mil millones de personas en todo el mundo). Se necesitan estudios sobre muestras de mayor tamaño para reproducir estos hallazgos.

Siham Eddahby¹, Nadia Kadri¹, Driss Moussaoui²

¹Ibn Rushd University Psychiatric Center, Casablanca, Morocco; ²Faculty of Medicine and Pharmacy, Hassan II University, Casablanca, Morocco

Bibliografía

1. Eddahby S, Kadri N, Moussaoui D. Ramadan et trouble bipolaire: exemple de perturbation du rythme circadien et son impact sur la maladie. *Encephale* 2013;39:306-12.
2. Kadri N, Mouchtaq N, Moussaoui D et al. Relapses in bipolar patients: changes in social rhythm. *Int J Neuropsychopharmacol* 2000;3:45-9.
3. Farooq S, Nazar Z, Akhtera J et al. Effect of fasting during Ramadan on serum lithium level and mental state in bipolar affective disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2010;25:323-7.
4. Cohen S, Williamson GM. Perceived stress in a probability sample of the United States. In: Spacapan S, Oskamp S (eds). *The social psychology of health*. London: Sage Publications, 1988:31-67.
5. Tek C, Ulug B. Religiosity and religious obsessions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2001;104:99-108.

DOI 10.1002/wps.20113

Por esto hay esperanzas para la psiquiatría

En los últimos 20 años ha habido una inquietud creciente en el sentido de que la psiquiatría como profesión está en crisis (1-3) y que hay escasez de psiquiatras en todo el mundo (4), lo cual puede tener una repercusión en la atención psiquiátrica eficaz. Los intentos por contrarrestar esta tendencia han sido parte de los programas de muchas asociaciones internacionales, tales como la WPA, la Asociación Psiquiátrica Europea (EPA) y la Asociación Psiquiátrica Estadounidense entre otras (5-7). Muchas de estas asociaciones tienen establecidos canales de trabajo específicos dirigidos a abordar las necesidades educativas de los psiquiatras novicios e identificar los motivos por los cuales hay bajos grados de interés y alistamiento en psiquiatría entre los estudiantes de medicina (por ejemplo, 8).

La WPA fue una de las primeras asociaciones en prestar atención a los psiquiatras novicios, y en los Congresos Mundiales, comenzando con el de Hamburgo en 1999 hasta el de Buenos Aires en 2011, se proporcionó una pista magnetofónica científica específica para psiquiatras novicios. En estos congresos se destinó una gama de actividades a los psiquiatras novicios, tales como becas, seminarios de capacitación, simposios científicos y reuniones informales.

El Comité Ejecutivo de la WPA, en el trienio 2008-2011, puso gran énfasis en desarrollar e inspirar a los psiquiatras novicios, y una de las metas del Plan de Acción fue «promover el desarrollo profesional de los psiquiatras novicios en todo el mundo» (9). Se asignó un Consejo de Psiquiatras Novicios de la WPA y cada uno de los 60 países de todos los continentes nominó a un psiquiatra novicio para que participase y representase a sus compañeros. El consejo ha implementado un plan de acción específico dirigido a identificar problemas que inquietan a los psiquiatras novicios y a promover su desarrollo profesional a través de actividades (10,11).

Este grupo ha llevado a cabo tres encuestas: una que aborda la capacitación de psicoterapia (12), otra que se ocupa de la capacitación y la práctica de las intervenciones tempranas en salud mental (13) y otra que aborda la transición de la capacitación psiquiátrica al ejercicio clínico independiente (14), lo que representa un paso crucial en el desarrollo profesional de todo psiquiatra.

También basándose en esta experiencia dentro de la WPA, a los psiquiatras novicios en la actualidad también se les considera asociados iguales en las actividades de investigación. Por ejemplo, en un proyecto a gran escala financiado por la Comisión Europea, el ROAMER, se llevó a cabo una encuesta sobre las prioridades para la investigación en salud mental, con la participación de diferentes categorías de interesados (15). Se incluyeron asociaciones de residentes en psiquiatría así como asociaciones de psiquiatras y otros profesionales de salud mental y organizaciones de usuarios o cuidadores. Por otra parte, la Federación Europea de Residentes en Psiquiatría (EFPT) y el Comité de Psiquiatras Novicios de la EPA recientemente crearon una comisión sobre investigación y en la actualidad se han

realizado varios proyectos (6) y muchos otros se están efectuando.

La importancia de apoyar a los psiquiatras novicios ahora se reconoce bien en todo el mundo y la mayor parte de las asociaciones psiquiátricas nacionales cuentan ya con una sección para esta categoría de psiquiatras, con sus propias reglas y reglamentos. Asimismo, hay algunos grupos transnacionales, por ejemplo en África Oriental, Asia y Europa, cuyo interés común es el desarrollo profesional de los psiquiatras novicios (16-18).

Muchas actividades educativas en todo el mundo son ahora coorganizadas con los psiquiatras novicios, quienes han identificado los campos donde tienen las necesidades y lagunas educativas más importantes, entre ellas, psicopatología, psiquiatría forense, habilidades de liderazgo e investigación y comorbilidad de trastorno mentales con enfermedades físicas (6,7,19-21). Se han tomado varias medidas para abordar estas necesidades educativas, lo que comprende organización de eventos científicos y producción de libros (22) y módulos educativos. Por ejemplo, la EPA organiza una escuela de verano anual muy exitosa que reúne a muchos psiquiatras novicios que trabajan en Europa cada año. Se han organizado otros cursos en colaboración con diversas secciones de la EPA, como los correspondientes a filosofía y psiquiatría y psiquiatría de interconsulta y enlace. Otra actividad educativa, implementada por la Asociación para el Mejoramiento de los Programas de Atención a la Salud Mental, comprende cursos sobre liderazgo y destrezas de investigación y promueve proyectos de investigación realizados por psiquiatras novicios (por ejemplo, 23). Entre las actividades educativas de la WPA (24), la Sección sobre Educación, que cuenta con varios psiquiatras novicios entre sus miembros, en la actualidad está promoviendo una gama de iniciativas dirigidas a mejorar la disponibilidad y la calidad de la educación psiquiátrica.

Un reto importante para los psiquiatras novicios hoy en día es la promoción de la imagen de la psiquiatría ante el público (25,26). Las habilidades específicas necesarias para interactuar eficazmente con familias, administradores, periodistas y el sistema legal debieran ser un componente formal de la capacitación de posgrado y de la educación médica continuada de todo psiquiatra novicio (6).

Se podrían enumerar aquí muchas otras actividades promovidas o dedicadas a los psiquiatras novicios. Sin embargo, lo que queremos resaltar en esta carta es que la psiquiatría todavía está viva creciendo y desarrollándose y ciertamente sobrevivirá a la «crisis» actual. Debiéramos considerar el presente como una fase de desarrollo, que nos puede ayudar a mejorar nuestra capacitación, investigación y ejercicio clínico. Esto, a su vez, nos llevará hacia nuestro objetivo final: el de mejorar la salud y el bienestar de nuestros pacientes.

La WPA, con sus programas e iniciativas para psiquiatras novicios, ha desempeñado un papel decisivo en estos avances.

Los psiquiatras novicios están listos para contribuir a actividades adicionales.

**Andrea Fiorillo¹, Valeria Del Vecchio¹,
Mario Luciano¹, Gaia Sampogna¹, Julian Beezhold²**
*¹Department of Psychiatry, University of Naples SUN,
Naples, Italy; ²Hellesdon Hospital and Norwich Medical
School, University of East Anglia,
Norwich, UK*

Bibliografía

1. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry* 2010;9:21-8.
2. Brüne M, Belsky J, Fabrega H et al. The crisis of psychiatry – insights and prospects from evolutionary theory. *World Psychiatry* 2012;11:55-7.
3. Nawka A, Rojnic Kuzman M, Giacco D. Trainees' views on the future of psychiatry: a plethora of challenges ahead of us. *World Psychiatry* 2012;11:206.
4. Farooq K, Lydall GJ, Bhugra D. What attracts medical students towards psychiatry? A review of factors before and during medical school. *Int Rev Psychiatry* 2013;25:371-7.
5. Maj M. Report on the implementation of the WPA Action Plan 2008–2011. *World Psychiatry* 2011;10:161-4.
6. Fiorillo A, Malik A, Luciano M et al. Challenges for trainees in psychiatry and early career psychiatrists. *Int Rev Psychiatry* 2013; 25:431-7.
7. Rojnic Kuzman M, Norstrom KB, Colin S et al. Training in psychiatry today: European and US perspective. In: Fiorillo A, Calliess IT, Sass H (eds). *How to succeed in psychiatry? A guide to training and practice*. Chichester: Wiley-Blackwell, 2012:1-19.
8. Bhugra D. The International Study on Career Choice in Psychiatry: a preliminary report. *World Psychiatry* 2013;12:181.
9. Maj M. The WPA Action Plan 2008–2011. *World Psychiatry* 2008; 7:129-130.
10. Fiorillo A, Lattova Z, Brahmabhatt P et al. The Action Plan 2010 of the WPA Early Career Psychiatrists Council. *World Psychiatry* 2010; 9:62-3.
11. Fiorillo A, Brahmabhatt P, Elkholy H et al. Activities of the WPA Early Career Psychiatrists Council: the Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2011;10:159.
12. Fiorillo A, Luciano M, Giacco D et al. Training and practice of psychotherapy in Europe: results of a survey. *World Psychiatry* 2011;10:238.
13. Fiorillo A, Sampogna G, Del Vecchio V et al. What is the current status of training and practice of early intervention in psychiatry? Results from a survey in 35 countries. *Early Interv Psychiatry* (in press).
14. Riese F, Oakley C, Bendix M et al. Transition from psychiatric training to independent practice: a survey on the situation of early career psychiatrists in 35 countries. *World Psychiatry* 2013;12:82-3.
15. Fiorillo A, Luciano M, Del Vecchio V et al. Priorities for mental health research in Europe: a survey among national stakeholders' associations within the ROAMER project. *World Psychiatry* 2013;12:165-70.
16. Sinha SK, Bezborodovs N, Krupchanka D et al. Asian Federation of Early Career Psychiatrists: building bridges and expanding horizons. *Asian J Psychiatry* 2013;6:93-4.
17. Umi Adzlin S, Rafidah B, Rahima D. Bringing out the leader in you – Malaysian Psychiatric Association Leadership Certification for Early Career Psychiatrists. *Asian J Psychiatry* 2012;5:370.
18. Bendix M, Paravaya O, Kochetkov Y et al. Young psychiatrists' meetings in Eastern Europe – Networking for the development of psychiatric training, education and service. *World Psychiatry* 2011;10:239.
19. Maj M. Mental disorders as “brain diseases” and Jaspers' legacy. *World Psychiatry* 2013;12:1-3.
20. Frances A. The past, present and future of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry* 2013;12:111-2.
21. Rojnic Kuzman M, Giacco D, Simmons M et al. Are there differences between training curricula on paper and in practice? Views of European trainees. *World Psychiatry* 2012;11:135.
22. Fiorillo A, Calliess IT, Sass H (eds). *How to succeed in psychiatry? A guide to training and practice*. Chichester: Wiley-Blackwell, 2012.
23. Volpe U, Fiorillo A, Luciano M et al. Pathways to mental health care in Italy: results from a multicenter study. *Int J Soc Psychiatry* (in press).
24. Belfort E. WPA educational activities. *World Psychiatry* 2013;2: 181.
25. Maj M. Adherence to psychiatric treatments and the public image of psychiatry. *World Psychiatry* 2013;12:185-6.
26. Parnas J. The Breivik case and “conditio psychiatricica”. *World Psychiatry* 2013;12:22-3.

DOI 10.1002/wps.20110

Una cara oculta de la atención a la salud mental a la población en África: atención especializada por profesionales privados en Kenia

En su análisis sistemático de la atención a la salud mental en la población en África, publicado en *World Psychiatry*, Hanlon, et al (1) señalan que «en los países con bajos ingresos de la región de África, la atención a la salud mental en la población en gran parte está restringida a los cuidados psiquiátricos que proporcionan el personal de atención primaria, y los profesionales de la salud mental especializados (por lo general psiquiatras y enfermeras psiquiatras) tienden a brindar cuidados en clínicas ambulatorias con sede en hospitales». Un artículo de McDaid, et al (2), también publicado en esta revista, señala que las organizaciones no gubernamentales pueden respaldar la atención primaria al «aprovechar el capital social en las poblaciones». Sin embargo, una cara oculta de la atención a la salud mental en la población en África es la atención especializada por profesionales privados, sobre todo psiquiatras y enfermeras psiquiátricas. Un buen ejemplo es Kenia, donde tres cuartas partes de los médicos y dos terceras partes de las enfermeras trabajan en el sector privado (3).

Administramos una entrevista estructurada, entre julio y septiembre de 2012, a 11 especialistas en salud mental privados (8 psiquiatras y 3 enfermeras psiquiátricas), muestreados utilizando la técnica de bola de nieve. Cinco de ellos eran de Nairobi y seis -incluidas todas las enfermeras- eran de la provincia central. Tres de ellos eran mujeres. Su edad promedio era 46 años y el tiempo en el sector privado era 9,2 años. Los informantes tenían una media de carga de casos activos de 128 pacientes psiquiátricos y la media del número de pacientes psiquiátricos atendidos por día en la clínica era 5.

Los principales diagnósticos por los cuales 55% de las personas acudían a las clínicas privadas eran trastornos mentales frecuentes, en tanto que 25% tenían trastornos mentales graves, 15% trastornos por uso de sustancias y 5% epilepsia, trastorno mental infantil o retraso mental. Un poco más de la mitad (56%) eran mujeres, lo que representa una desviación con respecto a los hospitales psiquiátricos, en los que la mayoría de los varones están afectados por psicosis (4). En un contexto donde el término «mental» se relaciona con la conducta psicótica, una clínica privada en la población puede ofrecer una opción de atención menos estigmatizante. Las clínicas de propiedad privada también son más «privadas» para los pacientes por cuanto pueden procurar la atención con mayor confidencialidad.

Las clínicas privadas operaban un promedio de 24 h a la semana (rango de 12 a 40) y los especialistas veían a sus pacientes durante un promedio de 1 h en la primera consulta (rango de 50 a 90 minutos) y media hora en el seguimiento (rango 15 a 45 minutos). El tiempo de espera característico era 20 minutos (rango 3 a 60 minutos). Se les efectuaba a los pacientes un seguimiento promedio cada mes (máximo cada 8 semanas). En el mes previo, los informantes refirieron una media de 13% de pacientes para la hospitalización. Dos de tres enfermeras psiquiátricas administran las clínicas de salud

generales y sólo 5% de los pacientes son atendidos por motivos de salud mental. La tercera administraba exclusivamente una clínica de salud mental.

El costo medio de la consulta que cobran las enfermeras psiquiátricas de 13,0 dólares internacionales (Ksh 500) representa aproximadamente 2,5 días de trabajo por un trabajador agrícola no capacitado (5) –una suma importante, pero no inalcanzable. La cuota de psiquiatra promedio de 55,3 dólares internacionales (Ksh 2.100) promedio (más alta en Nairobi que en la provincia) representa un salario de un mes para el mismo trabajador agrícola, por lo que resulta inaccesible para la mayoría. Casi dos tercios de los informantes modularon sus tarifas basándose en la duración de la sesión y la capacidad de los pacientes para pagar, a juzgar en parte por el tipo de ocupación del paciente.

Identificamos un gran cruzamiento entre los sectores privado y público: ocho de los once especialistas privados dividían su tiempo con el sector público. Seis de ellos dijeron que la atención que ofrecían en el ejercicio privado era diferente, principalmente con mayor selección de fármacos, sobre todo antipsicóticos atípicos. Un informante señaló: «en las clínicas del gobierno, las prescripciones dependen de los medicamentos disponibles». También se resaltó la continuidad de la atención: «puedo efectuar un seguimiento constante al paciente». En un contexto de proveedores de salud pública no bien remunerados, el empleo privado puede verse como un subsidio cruzado de la atención a la salud pública.

**Victoria de Menil¹, David Ndeti², Milka Waruguru³,
Martin Knapp¹, David McDaid¹**

¹London School of Economics and Political Science, London, UK; ²Africa Mental Health Foundation, Nairobi, Kenya;

³Basic Needs Kenya, Nairobi, Kenya

Bibliografía

1. Hanlon C, Wondimagegn D, Alem A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa. *World Psychiatry* 2010;9:185-9.
2. McDaid D, Knapp M, Raja S. Barriers in the mind: promoting an economic case for mental health in low-and middle-income countries. *World Psychiatry* 2008;7:79.
3. Barnes J, O'Hanlon B, Feeley F et al. Private health sector assessment in Kenya. Washington: World Bank, 2010.
4. Ndeti DM, Khasakhala L, Maru H et al. Clinical epidemiology in patients admitted at Mathari psychiatric hospital, Nairobi, Kenya. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:736-42.
5. Ministry of Labour Kenya. The regulation of wages (agricultural industry) (amendment). *Kenya Gazette* 2012:Suppl. 68.

DOI 10.1002/wps.20075

La página Web de la WPA (www.wpanet.org): una plataforma dinámica para mejorar la identidad y la imagen de la organización

LEVENT KÜEY

WPA Secretary General and Website Editor

En un artículo previo (1), revisamos el desarrollo de la página Web de la WPA desde que se renovó en abril del 2010. En este artículo proporcionamos una actualización de su contenido, desempeño e impacto a la luz de las últimas estadísticas y describimos las perspectivas para mejorar su eficiencia.

La página Web de la WPA (junto con WPA News, el boletín oficial de noticias de la WPA publicado cada trimestre) ha desempeñado un papel importante en mejorar la imagen organizativa y la identidad de la Asociación, en congruencia con su Plan de Acción de 2008-2011 y el de 2011-2014. Fue reconstruida tanto en su contenido como estética en abril del 2010, con la perspectiva general de lograr la elegancia dentro de su simplicidad.

El Secretario General de la WPA, al igual que el editor de estos canales de medios, vigiló esta ruta con la colaboración de miembros del Comité Ejecutivo de la WPA, el personal de la Secretaría de la WPA y el personal de IT, responsable de la administración técnica. Este proceso de renovación y de reconstrucción permitió alojar mucho material organizativo y educativo y lograr un alto desempeño e impacto.

CONTENIDO

La página Web de la WPA aloja ahora más de 3.500 temas. Estos abarcan noticias sobre las actividades de los componentes de la WPA e información sobre las actividades de la Secretaría de la WPA, congresos científicos, publicaciones, sesiones científicas y actividades educativas (véase 2-5). Por otra parte, se publica información sobre la estructura y el trabajo de los Comités de la WPA y los instrumentos normativos de la WPA. Además, se puede leer material educativo y de capacitación de interés para clí-

nicos, investigadores y educadores que trabajan en el campo de la psiquiatría y la salud mental.

Una sección muy visitada de la página web aloja World Psychiatry, la revista oficial de la WPA que ahora tiene un factor de impacto de 8,974. Los números actuales y todos los previos de esta revista, que ahora ocupa el número 5 entre las 126 revistas de psiquiatría, pueden leerse y descargarse sin costo alguno no sólo en inglés sino también en diversos idiomas. Los artículos completos o los artículos individuales o resúmenes están disponibles en español, chino, ruso, francés, árabe, turco, japonés, polaco, rumano e italiano.

Se desarrolló un programa de e-learning de la WPA y se implementó en 2010. Este programa contiene vídeos y series de diapositivas de conferencias científicas prominentes y presentaciones de los congresos de la WPA, comenzando con una selección del Congreso Internacional de la WPA del 2009, en Florencia. En la actualidad, se cargan 33 conferencias en vídeo y en formato Power Point sincronizado.

Cuatro artículos de guía, producidos durante el pasado trienio, están disponibles en la página Web en varios idiomas. Abordan pasos, obstáculos y errores a evitar en la implementación de la atención a la salud mental en la población, cómo combatir la estigmatización de la psiquiatría y los psiquiatras, la salud mental y la atención a la salud mental en inmigrantes y la protección y promoción de la salud mental en niños de personas con trastornos mentales graves. Se dispone de tres series de diapositivas, basadas en libros de la WPA, en 18 idiomas diferentes, las cuales abordan reconocimiento, epidemiología, patogénesis, aspectos culturales, costos médicos y tratamiento de la comorbilidad de la depresión con diabetes, cardiopatía y cáncer. También está disponible un módulo educativo sobre enfermedades físicas en pacientes con trastornos men-

tales graves en la página Web en varios idiomas.

Por otra parte, en la página Web también se aloja un programa de educación al público en línea, dirigido a proporcionar información científica de gran calidad y fiable sobre la salud mental y la psiquiatría para no profesionales. El contenido de estas páginas está en proceso de mejora en colaboración con las secciones científicas. Los resultados de dos encuestas, llevadas a cabo en colaboración con las asociaciones integrantes de la WPA, explorando sus puntos de vista sobre diversos aspectos relativos al diagnóstico y la clasificación de los trastornos mentales y estrategias para reducir las brechas de tratamiento en los trastornos mentales, atraen el interés de los visitantes, así como la información sobre las actividades colaborativas de la WPA y la WHO (véase 6,7) y los proyectos de investigación financiados por la WPA (por ejemplo, 8).

La página Web de la WPA también aloja algunos documentos esenciales para el beneficio de mejorar las normas de calidad éticas y científicas de nuestra profesión: la Declaración de Madrid Sobre Normas Éticas; la plantilla de la WPA para la educación de grado y posgrado en psiquiatría y salud mental; recomendaciones para las relaciones de psiquiatras, organizaciones de atención a la salud que trabajan en el campo de la psiquiatría y asociaciones psiquiátricas con la industria farmacéutica, así recomendaciones sobre los mejores procedimientos para trabajar con usuarios de servicios y cuidadores de familias.

DESEMPEÑO

El desempeño de la página Web es objeto de seguimiento estrecho con análisis periódico. Durante el periodo comprendido entre el 12 de abril de 2010 y el 12 de noviembre de 2013, 298.741 personas han visitado la página Web de la

WPA, lo que representa 430.079 visitas. Estas visitas provienen de 218 países o territorios, que prácticamente abarcan todas las partes del mundo. Es notable que el número de países en los cuales la WPA tiene asociaciones nacionales integrantes sea 118. De ahí que la WPA cada vez llega más a sus límites organizacionales a través de su página Web. El número promedio de visitas por día fue 328, y el número promedio de páginas por visita fue 3,32.

La página web es visitada continuamente por nuevas personas, y la proporción de nuevos visitantes es de casi un 70%. Esto también se refleja en el hecho de que el 67% de los visitantes de la página Web llega a ella a través de «buscadores», en tanto que el 18% a través de «sitios de remisión» y un 15% utiliza «tráfico directo».

Es interesante verificar los días de la semana que las personas prefieren visitar la página Web de la WPA. Durante los primeros tres días de la semana (lunes a miércoles), las visitas son más frecuentes que en los otros cuatro días, con una tendencia creciente, en tanto que de jueves a domingo disminuyen continuamente. Al parecer los visitantes comienzan su semana visitando las páginas de la página Web de la WPA.

IMPACTO

Uno de los criterios ampliamente utilizados para medir el impacto de una página Web es la verificación del «orden de la página», un servicio gratuito proporcionado por Google. El valor de orden de la página indica la importancia de un

sitio/página Web específico. Puesto que es una medida objetiva de su importancia como referencia, también se corresponde bien con la idea subjetiva que tienen las personas de la importancia.

En la actualidad, el número de página de la página Web de la WPA es 7/10 (es decir, el valor del orden de la página es 7 de 10 puntos posibles), lo que refleja un alto impacto en comparación con muchas otras páginas Web similares.

PERSPECTIVAS FUTURAS

En la actualidad, la página Web de la WPA es una plataforma electrónica muy activa que cumple dos funciones principales a la vez: como un «canal» de noticias internacional sobre psiquiatría y salud mental y como un «archivo» de materiales de capacitación y educativos, y documentos de referencia básicos. Tomando en cuenta su carácter internacional, estas dos funciones podrían mejorarse para volverse más completas e interactivas. Esto es posible a través de los avances en las relaciones con otras organizaciones internacionales en los campos de la salud mental y la psiquiatría. El dar gran prioridad a la solidaridad internacional en psiquiatría puede mejorar este proceso. De hecho, una página Web es una plataforma dinámica muy flexible, un trabajo en evolución en el que podemos explorar continuamente más mejoras.

Como editor y Secretario General de la WPA, he estado facilitando este proceso con la cooperación de los miembros del Comité Ejecutivo de la WPA de 2008 a 2011 y de 2011 a 2014, y nuestro perso-

nal secretarial pasado y actual, Anna Engstrom, Francesca Sotgiu y Pamela Atiase, y nuestro personal de informática en la Agencia SaglikBahcesi con sede en Estambul. Su entusiasmo, apoyo y esfuerzos hábiles se agradecen altamente.

Espero que los visitantes de la página Web de la WPA continúen apoyándonos para mejorar su calidad enviando sus aportaciones y comentarios.

Bibliografía

1. Küey L. The characteristics, content, performance, and impact of the WPA website (www.wpanet.org). *World Psychiatry* 2013;12:85-6.
2. Okasha T. WPA scientific meetings. *World Psychiatry* 2013;12:182-3.
3. Riba MB. WPA publications: opportunities to improve psychiatric research and inform clinical care and education. *World Psychiatry* 2013;12:279.
4. Javed A. WPA Scientific Sections. *World Psychiatry* 2013;12:278.
5. Belfort E. WPA educational activities. *World Psychiatry* 2013;12:181-2.
6. Bucci P. WPA partnership with the World Health Organization in the development of the ICD-11 chapter on mental disorders. *World Psychiatry* 2013;12:87-8.
7. Volpe U. WPA contribution to the development of the chapter on mental disorders of the ICD-11: an update. *World Psychiatry* 2013;12:183-4.
8. Bhugra D, on behalf of the Steering Group. The International Study on Career Choice in Psychiatry: a preliminary report. *World Psychiatry* 2013;12:181.

DOI 10.1002/wps.20109

Siguiendo el desarrollo de la ICD-11 a través de la *World Psychiatry* (y otras fuentes)

VALERIA DEL VECCHIO

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

La Organización Mundial de la Salud (WHO) está elaborando la 11ª edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Problemas de Salud Afines (ICD-11), cuya publicación se espera actualmente para el año 2015. La WPA se está asociando a la WHO en la

producción de capítulos sobre trastornos mentales y de la conducta.

Los principios que guían el desarrollo de este capítulo fueron resumidos por el Consejo Asesor Internacional para la Revisión de los Trastornos Mentales y de la Conducta de la ICD-10 en un artículo publicado en *World Psychiatry* en junio de 2011 (1). Este artículo resalta que el capítulo se está produciendo en interconsulta con interesados relevantes, incluidos los países integrantes de la Organización

Mundial de la Salud, varios grupos de profesionales y usuarios de los servicios de salud mental y sus familias. La atención al marco cultural está siendo un elemento clave. La revisión se ve como una oportunidad para mejorar la utilidad clínica de la clasificación, sobre todo en el contexto de la atención primaria y en países con ingresos bajos y medianos (véase también 2,3).

La clasificación de la ICD-11 se continuará avanzando en descripciones de

los prototipos de los diversos trastornos mentales más que en criterios diagnósticos operacionales. En varios artículos y comentarios del *World Psychiatry* se han analizado las ventajas y las posibles limitaciones de este enfoque (por ejemplo, 4-11). Un argumento importante a favor de este enfoque es que es congruente con el proceso clínico espontáneo, que no implica verificar en un determinado paciente si cada serie de síntoma se presenta o no, sino más bien corroborar si las características del paciente coinciden con los modelos de trastorno mentales que el profesional clínico ha construido en su mente a través de su capacitación y experiencia clínica (véase también 12). Por otra parte, alguna investigación reciente aplicada en diversas clases de trastorno mentales (es decir, trastornos de la personalidad, de la conducta alimentaria, por ansiedad y afectivos) parece indicar que un sistema diagnóstico basado en prototipos refinados puede ser tan fiable como uno basado en criterios operacionales, y a la vez es más simplificado y tiene más utilidad clínica (por ejemplo, 13,14).

La Organización Mundial de la Salud ha asignado once Grupos de Trabajo y de Consulta para la elaboración del capítulo sobre trastornos mentales y de la conducta de la ICD-11. Estos grupos comprenden varios ejecutivos y expertos de la WPA entre sus presidentes y miembros (véase 15,16). Algunos de estos grupos recientemente han publicado artículos de fondo o estudios preliminares sobre sus actividades. Se han presentado datos destacados de las convergencias y divergencias esperadas entre los enfoques de la ICD-11 y el DSM-5 en la clasificación de los trastornos afectivos en varios artículos de diversas revistas (por ejemplo, 17,18) y en un suplemento de *World Psychiatry* (19). Entre las convergencias está la inclusión de la activación/energía como un síntoma definitorio de manía y el reconocimiento de que el síndrome maniaco/hipomaniaco emergente durante el tratamiento antidepresor, y que persiste más allá del efecto fisiológico de tal tratamiento, reúne los requisitos para el diagnóstico de episodio maniaco/hipomaniaco. Por otra parte, la ICD-11 al igual que el DSM-5, permitirán al profesional clínico registrar la presentación de un síndrome por ansiedad subsindrómico en un paciente con un episodio depresivo mayor, utilizando una especificación. Es

de esperar que el trastorno bipolar II sea reconocido como una entidad diagnóstica diferente en la ICD-11, en tanto que en la ICD-10 sólo se menciona entre «otros trastornos afectivos bipolares». Las divergencias esperadas entre la ICD-11 y el DSM-5 incluirán una caracterización diferente de estados mixtos y trastornos esquizoafectivos. Por otra parte, la ICD-11 va a excluir del diagnóstico de episodio depresivo, en congruencia con la ICD-10 pero en forma diferente al DSM-5, «las reacciones de duelo normales apropiadas a la cultura del individuo en cuestión» (véase 20-26).

En un artículo reciente de *World Psychiatry* se han destacado las convergencias y divergencias esperadas entre la ICD-11 y el DSM-5 en la clasificación de los trastornos relacionados con el estrés (27). En la ICD-11, el nuevo agrupamiento propuesto de «trastorno específicamente relacionados con el estrés» ha incluido el trastorno de adaptación (cuya descripción será objeto de una revisión importante, que implica una mayor especificación de los síntomas), trastorno por estrés postraumático (PTSD) (cuyo diagnóstico se va a basar en tres síntomas centrales bien identificados) y PTSD complejo (una nueva categoría caracterizada por alteraciones en el dominio del afecto, el concepto de sí mismo y el funcionamiento relacional además de las tres manifestaciones centrales del PTSD). La reacción al estrés agudo será conceptualizada como una reacción normal y por tanto clasificada en el capítulo correspondiente a la ICD-10 «Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios» (en tanto que el «trastorno por estrés agudo» todavía se incluye en el DSM-5 en la sección sobre trastornos relacionados con trastorno y estrés).

Las propuestas para la sección de la ICD-11 sobre trastornos de la alimentación y de la conducta alimentaria se han resumido en otro artículo de *World Psychiatry* (28). Estas comprenden una ampliación de la categoría de anorexia nerviosa descartando el requisito de amenorrea, extendiendo el criterio de peso corporal a cualquier peso subnormal importante y extendiendo el criterio cognitivo para incluir presentaciones relevantes desde el punto de vista del desarrollo y la cultura. Por otra parte, se espera que un calificador de la gravedad «con peso corporal peligrosamente bajo» distinga los

casos graves de anorexia nerviosa que conllevan el pronóstico más riesgoso. La categoría de bulimia nerviosa posiblemente se va a extender para incluir la alimentación compulsiva subjetiva y el trastorno por alimentación compulsiva se incluirá como una categoría diagnóstica específica, de acuerdo con el DSM-5.

La participación del grupo de trabajo de la ICD-11 sobre trastornos del desarrollo intelectual fue presentada en un artículo publicado en *World Psychiatry* en 2011 (29) y se analiza con más detalle en este número de la revista (30). Se propone definir los trastornos del desarrollo intelectual (un término que reemplaza al de «retraso mental») como «un grupo de trastornos del desarrollo que se caracteriza por alteración importante de las funciones cognitivas, lo cual se acompaña de limitaciones en el aprendizaje, la conducta adaptativa y las habilidades». El Grupo de Trabajo recomendó además que los trastornos del desarrollo intelectual se incorporen en el agrupamiento más extenso de los trastornos del desarrollo neurológico, que se mantengan las subcategorías actuales basadas en la gravedad clínica y que las conductas problemáticas se describan como manifestaciones asociadas.

El Presidente del Grupo de Trabajo de la ICD-11 sobre Trastornos Psicóticos recientemente informó (31) sobre las convergencias y divergencias que se esperan en los enfoques para la clasificación de esos trastornos entre la ICD-11 y el DSM-5. En la ICD-11, al igual que en el DSM-5, los síntomas de primer orden de Schneider van a perder su énfasis en la descripción de la esquizofrenia, y se van a omitir los subtipos del trastorno. Estos subtipos serán reemplazados por seis especificaciones de síntomas (síntomas positivos, síntomas negativos, síntomas de depresión, síntomas maniacos, síntomas psicomotores y alteración cognitiva). Por contraposición al DSM-5, se espera que la ICD-11 mantenga el criterio de duración de un mes para el diagnóstico de esquizofrenia y que no incluya la alteración funcional como un criterio indispensable.

En la literatura reciente también se dispone de estudios preliminares sobre la elaboración de las secciones en la ICD-11 que abordan trastornos mentales en niños y adolescentes (32), sufrimiento somático y trastornos disociativos (33) y trastornos de la personalidad (34). En números recientes de *World Psychiatry* se puede encontrar un

análisis más general de temas diagnósticos relacionados con las clasificaciones del DSM-5 y la ICD-11 (35-45).

Las pruebas de campo basadas en Internet de las propuestas para la ICD-11 se implementarán a través de la Red Global para el Ejercicio Clínico, que en la actualidad consta de más de 7.000 médicos individuales dedicados a la salud mental y a la atención primaria (www.globalclinicalpractice.net).

Bibliografía

1. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 2011;10:86-92.
2. Reed GM. Toward ICD-11: improving the clinical utility of WHO's International Classification of Mental Disorders. *Prof Psychol Res Pract* 2010;41:457-64.
3. Gureje O, Reed G. Revising the classification of mental disorders: do we really need to bother? *Int Rev Psychiatry* 2012; 24:511-3.
4. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. *World Psychiatry* 2011;10:81-2.
5. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry* 2012;11:16-21.
6. Jablensky A. Prototypes, syndromes and dimensions of psychopathology: an open agenda for research. *World Psychiatry* 2012;11:22-3.
7. First MB. A practical prototypic system for psychiatric diagnosis: the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. *World Psychiatry* 2012;11:24-5.
8. Frances A. Prototypal diagnosis: will this relic from the past become the wave of the future? *World Psychiatry* 2012;11:26.
9. Wakefield JC. Are you as smart as a 4th grader? Why the prototype-similarity approach to diagnosis is a step backward for a scientific psychiatry. *World Psychiatry* 2012;11:27-8.
10. Ayuso-Mateos JL. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes and the ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11:30-1.
11. Maj M. Adherence to psychiatric treatments and the public image of psychiatry. *World Psychiatry* 2013;12:185-6.
12. Ortigo KM, Bradley B, Westen D. An empirically based prototype diagnostic system for DSM-V and ICD-11. In: Millon T, Krueger RF, Simonsen E (eds). *Contemporary directions in psychopathology: scientific foundations of the DSM-V and ICD-11*. New York: Guilford, 2010:374-90.
13. Westen D, Shedler J, Bradley R. A prototype approach to personality disorder diagnosis. *Am J Psychiatry* 2006;163: 846-56.
14. Westen D, Malone JC, DeFife JA. An empirically derived approach to the classification and diagnosis of mood disorders. *World Psychiatry* 2012;11:172-80.
15. Bucci P. WPA partnership with the World Health Organization in the development of the ICD-11 chapter on mental disorders. *World Psychiatry* 2013;12:87-8.
16. Volpe U. WPA contribution to the development of the chapter on mental disorders of the ICD-11: an update. *World Psychiatry* 2013;12:183-4.
17. Maj M. Mood disorders in ICD-11 and DSM-5. A brief overview. *Die Psychiatrie* 2013;10:24-9.
18. Maj M. Validity and clinical utility of the current operational characterization of major depression. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24:530-7.
19. Maj M, Reed GM (eds). The ICD-11 classification of mood and anxiety disorders: background and options. *World Psychiatry* 2012;11(Suppl. 1).
20. Maj M. Bereavement-related depression in the DSM-5 and ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11:1-2.
21. Wakefield JC, First MB. Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? *World Psychiatry* 2012;11:3-10.
22. Corruble E. The bereavement exclusion may not be applicable in real world settings. *World Psychiatry* 2012;11:202.
23. Pies R. Was the bereavement exclusion originally based on scientific data? *World Psychiatry* 2012;11:203.
24. Wakefield JC, First M. Fallacious reasoning in the argument to eliminate the major depression bereavement exclusion in DSM-5. *World Psychiatry* 2012;11: 204-5.
25. Maj M. "Clinical judgment" and the DSM-5 diagnosis of major depression. *World Psychiatry* 2013;12:89-91.
26. Wakefield JC. DSM-5 grief scorecard: assessment and outcomes of proposals to pathologize grief. *World Psychiatry* 2013;12:171-3.
27. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2013;12:198-206.
28. Uher R, Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11:80-92.
29. Salvador-Carulla L, Reed GM, Vaez-Azizi LM et al. Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for "mental retardation/ intellectual disability" in ICD-11. *World Psychiatry* 2011;10:175-80.
30. Bertelli MO, Salvador-Carulla L, Scuticchio D et al. Moving beyond intelligence in the revision of ICD-10: specific cognitive functions in intellectual developmental disorders. *World Psychiatry* 2014;13: 93-4.
31. Gaebel W, Zielasek J, Cleveland H-R. Psychotic disorders in ICD-11. *Die Psychiatrie* 2013;10:11-7.
32. Rutter M, Uher R. Classification issues and challenges in child and adolescent psychopathology. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24:514-29.
33. Creed F, Gureje O. Emerging themes in the revision of the classification of somatoform disorders. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24:556-67.
34. Tyrer P, Crawford M, Mulder R et al. Reclassifying personality disorders. *Lancet* 2011; 377:1814-5.
35. Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: classification and criteria changes. *World Psychiatry* 2013;12:92-8.
36. Garb HN. Cognitive and social factors influencing clinical judgment in psychiatric practice. *World Psychiatry* 2013;12: 108-10.
37. Frances A. The past, present and future of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry* 2013;12:111-2.
38. van Os J, Delespaul P, Wigman J et al. Beyond DSM and ICD: introducing "precision diagnosis" for psychiatry using momentary assessment technology. *World Psychiatry* 2013;12:113-7.
39. Ghaemi SN. Taking disease seriously in DSM. *World Psychiatry* 2013;12:210-2.
40. McGorry PD. The next stage for diagnosis: validity through utility. *World Psychiatry* 2013;12:213-5.
41. Maj M. Mental disorders as "brain diseases" and Jaspers' legacy. *World Psychiatry* 2013;12:1-3.
42. Parnas J. The Breivik case and "conditio psychiatricae". *World Psychiatry* 2013;12: 22-3.
43. Bolton D. Should mental disorders be regarded as brain disorders? 21st century mental health sciences and implications for research and training. *World Psychiatry* 2013;12:24-5.
44. Wakefield JC, Schmitz MF. When does depression become a disorder? Using recurrence rates to evaluate the validity of proposed changes in major depression diagnostic thresholds. *World Psychiatry* 2013;12:44-52.
45. Berrios GE, Markova IS. Is the concept of "dimension" applicable to psychiatric objects? *World Psychiatry* 2013;12:76-8.

DOI 10.1002/wps.20095

