

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 7, Número 2



Junio 2009

EDITORIAL

El plan de acción de la WPA está avanzando
M. MAJ

ARTÍCULOS ESPECIALES

Aflicción y duelo: lo que los psiquiatras deben saber
S. ZISOOK, K. SHEAR

Autoestigma y el efecto «por qué intentar»:
repercusión en las metas en la vida y en las
intervenciones basadas en la evidencia
P.W. CORRIGAN, J.E. LARSON, N. RÜSCH

FORUM: EL PAPEL DE LAS ALTERACIONES FUNCIONALES EN EL DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES: HACIA LA ICD-11 Y EL DSM-V

¿Qué es la «alteración funcional»?
Esclarecimiento de la discapacidad en el criterio
«de importancia clínica»
B. ÜSTÜN, C. KENNEDY

Comentarios

La discapacidad y la enfermedad mental son
entidades diferentes y deben evaluarse por separado
N. SARTORIUS

Discapacidad y diagnóstico: ¿debería eliminarse
la alteración funcional de los criterios diagnósticos
del DSM y la ICD?
J.C. WAKEFIELD

Perspectivas para el esclarecimiento de la discapacidad
y el criterio «de importancia clínica» en el DSM-V
W.E. NARROW, E.A. KUHLMAN, D.A. REGIER

Esclarecimiento de diagnóstico y discapacidad
A.F. LEHMAN

Esclarecimiento de la relación entre síntomas y
discapacidad: un reto con implicaciones prácticas
H. WHITEFORD

¿Es el malestar psicológico un síntoma de
trastornos mentales, un indicador de alteración,
las dos cosas o ninguna de ellas?
M.R. PHILLIPS

65 La incorporación del concepto de discapacidad
como un eje independiente en los sistemas
diagnósticos del DSM-V y la ICD-11

J. L. VÁZQUEZ-BARQUERO

67 La alteración funcional puede tener diferentes
significados
M.M. WEISSMAN

75 Factores que influyen en la alteración funcional
y el pronóstico de las enfermedades mentales
F. NJENGA

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

97 La prevalencia y las correlaciones de los trastornos conforme
al DSM-IV en la Encuesta de la Salud Mental de Iraq (IMHS)
S. ALHASNAWI, S. SADIQ, M. RASHEED, A. BABAN,
M. M. AL-ALAK Y COLS.

82 La gama de trastornos psicóticos: un estudio
basado en la población
A. BENEDETTI, S. PINI, G. DE GIROLAMO, C. BERROCAL,
A. TUNDO Y COLS.

POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

86 Informe de la comisión de la WPA sobre la fuga
de cerebros
O. GUREJE, S. HOLLINS, M. BOTBOL, A. JAVED,
M. JORGE Y COLS.

119 ¿Cuáles son las características de un buen psiquiatra?
Una encuesta entre tutores clínicos responsables de la
capacitación psiquiátrica en el Reino Unido y en Irlanda
D. BHUGRA, K. SIVAKUMAR, G. HOLSGROVE,
G. BUTLER, M. LEESE

PERSPECTIVA

121 Reconsideración de la reforma psiquiátrica
G. CHRISTODOULOU

123 CARTAS AL EDITOR

NOTICIAS DE LA WPA

126 Mejora de la identidad organizativa: últimas
actividades del secretariado de la WPA
L. KÜEY

127 Publicaciones de la WPA de próxima aparición
H. HERRMAN

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 7, Número 2



Junio 2009

Traducción íntegra de la Edición Original

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

EDICIÓN ORIGINAL

Editor: M. Maj (Italy)

Associate Editor: H. Herrman (Australia)

Editorial Board – P. Ruiz (USA), L. Küey (Turkey), T. Akiyama (Japan), T. Okasha (Egypt), A. Tasman (USA), M. Jorge (Brazil).

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

EDICIÓN EN ESPAÑOL

Comité Consultor: E. Baca (España), E. Belfort (Venezuela), C. Berganza (Guatemala), J. Bobes (España), E. Camarena-Robles (México), F. Chicharro (España), R. Córdoba (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. Rondón (Perú), L. Salvador-Carulla (España)

Periodicidad: 3 números al año

Disponible en Internet: www.ArsXXI.com/WP

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

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



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

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

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

Muntaner, 262, Ático 2ª • 08008 Barcelona • Tel. (34) 932 721 750 • Fax (34) 932 722 902

Complejo Empresarial Ática. Avda. de Europa 26, Edif. 5 3ª pl. • 28224 Pozuelo de Alarcón, Madrid • Tel. (34) 911 845 430 • Fax (34) 911 845 461

© Copyright World Psychiatric Association

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

Publicación que cumple los requisitos de soporte válido

ISSN: 1697-0683

Depósito Legal: B-34.071-2003

Impreso en México

Reservados todos los derechos.

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

Traducido por Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., del original en lengua inglesa (Volumen 8, Número 2, 2009). La responsabilidad de la traducción recae sólo en Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., y no es responsabilidad de la World Psychiatric Association (WPA).

Translated by Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., from the original English language version (Volume 8, Number 2, 2009). Responsibility for the accuracy of the Spanish language rests solely with Grupo Ars XXI de Comunicación, S. L., and is not the responsibility of the World Psychiatric Association (WPA).

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

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

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

El plan de acción de la WPA está avanzando

MARIO MAJ

Presidente, World Psychiatric Association

Durante los últimos meses, la WPA ha comenzado la implementación de todos los puntos de su plan de acción para 2008-2011. En este informe se resumen algunas de las actividades que se han iniciado.

La selección de la psiquiatría como carrera: una convocatoria internacional de la WPA para propuestas de investigación

Una de las metas institucionales de la asociación durante el trienio es mejorar la imagen de la psiquiatría en todo el mundo ante el público en general, los profesionales sanitarios y las autoridades sanitarias, contrarrestando algunos mensajes negativos —a menudo sesgados por prejuicios ideológicos— que están afectando a la motivación de las personas con trastornos mentales y a sus familias para buscar asesoría psiquiátrica y ayuda y apegarse a las intervenciones psiquiátricas, al igual que la motivación de los estudiantes de medicina para escoger la psiquiatría como una especialidad. Entre las actividades para alcanzar esta meta institucional, la WPA ha emitido una convocatoria para proyectos de investigación dirigidos a analizar los factores que facilitan y los que obstaculizan la selección de la psiquiatría como una especialidad por parte de los estudiantes de medicina y a recomendar estrategias que fomenten tal selección. El plazo límite para la recepción de los trabajos es el 30 de junio de 2009. La invitación está disponible en la página de Internet de la WPA (www.wpanet.org).

Producción de los comunicados de prensa de la WPA

La WPA ha designado un agente de prensa que está produciendo los comunicados de prensa sobre temas relevantes de salud mental. Un comunicado de prensa en relación con la Encuesta sobre la Salud mental de Iraq, que aparece en este número de *World Psychiatry*, ha dado lugar a una amplia cobertura por los medios, que incluye artículos en el *Herald Tribune*, el *New York Times* y el *Washington Post*. Los comunicados de prensa enfocados en las presentaciones realizadas en el Congreso de la WPA en Florencia han sido motivo de artículos publicados en varios diarios, incluidos el *Guardian* y el *Daily Telegraph*.

Serie de directrices de la WPA

La WPA está produciendo una serie de directrices sobre temas de gran importancia práctica, que serán publicadas en *World Psychiatry*, traducidas en varios idiomas y presentadas en la web de la WPA. Las directrices abordarán: a) protección y promoción de la salud mental en hijos de personas con tras-

tornos mentales graves; b) pasos, obstáculos y errores que hay que evitar en la implementación de la asistencia sanitaria mental en la población; c) cómo combatir la estigmatización de la psiquiatría y los psiquiatras; d) salud mental y atención a la salud mental en emigrantes. Se han designado cuatro fuerzas operativas, bajo la dirección respectiva de I. Brockington, G. Thornicroft, N. Sartorius y D. Bhugra.

Plan de trabajo conjunto de la OMS y la WPA

La WPA ha finalizado con la Organización Mundial de la Salud (OMS) un plan de trabajo para el trienio, que comprende los siguientes puntos: a) revisión del capítulo sobre trastornos mentales y conductuales de la ICD-10; b) colaboración en el Mental Health Gap Action Programme (mhGAP); c) asociación para la atención a la salud mental en urgencias; d) colaboración en el campo de las toxicomanías; e) asociación para la participación de usuarios y cuidadores. El texto del plan de trabajo está disponible en la página de Internet de la WPA. Dentro del marco de este plan de trabajo, la OMS y la WPA organizarán en Ginebra, del 27 al 31 de julio de 2009, un curso de capacitación sobre la prevención y el tratamiento de las consecuencias de desastres y conflictos en salud mental. La convocatoria para las solicitudes está disponible en la página web la WPA.

Programa de becas de la WPA en colaboración con centros de excelencia

La WPA ha instaurado un programa de becas para investigación dirigido a los psiquiatras de países de ingresos bajos y medianos-bajos que se hallan en las primeras etapas de su carrera, en colaboración con centros de excelencia en psiquiatría internacionalmente reconocidos. Estos centros comprenden por el momento el Western Psychiatric Institute, University of Pittsburgh, USA (coordinador: D. Kupfer); el Institute of Psychiatry, London, UK (coordinadores: S. Kapur, M. Prince); la University of Maryland School of Medicine, Baltimore, USA (coordinador: A. Bellack); el Programa de Trastornos Afectivos, Case Western Reserve University, Cleveland, USA (coordinador: J. Calabrese); y la University of Melbourne, Australia (coordinador: P. McGorry). Ya están disponibles tres convocatorias para solicitudes en la página web la WPA.

La iniciativa de WPA-Lancet sobre la continuidad asistencial en los trastornos mentales

Los representantes zonales de la WPA y las Asociaciones Afiliadas están participando en una encuesta sobre la dispo-

nibilidad, la viabilidad y aceptabilidad de las intervenciones basadas en evidencia para diversos trastornos mentales en diferentes regiones del mundo. Los resultados se darán a conocer en un artículo publicado por Lancet.

Programa de capacitación de los instructores de la WPA para los países de bajos ingresos

La WPA está desarrollando un programa de capacitación de los instructores en torno a la integración de la salud mental en la atención primaria, el cual está dirigido a enfermeras y directores clínicos que trabajan en dispensarios y centros de salud de algunos países de bajos ingresos. Un primer curso tuvo lugar en Ibadan, Nigeria, del 26 al 30 de enero de 2009. Se cuenta con un informe en la página web de la WPA.

El Programa de la WPA sobre la depresión en personas con enfermedades físicas

La WPA ha comenzado un programa que tiene como propósito crear conciencia sobre la prevalencia y las implicaciones pronósticas de la depresión en personas con enfermedades físicas. Se están produciendo tres libros, los cuales abordan respectivamente: depresión y diabetes; depresión y enfermedades cardiovasculares y depresión y cáncer. Se elaborarán tres series correspondientes de diapositivas, las cuales se traducirán en varios idiomas y se incluirán en la página web de la WPA.

Serie de informes sobre experiencias aleccionadoras en el campo de la salud mental

La WPA está recopilando informes sobre experiencias aleccionadoras en el ámbito de la salud mental de las diversas regiones del mundo. Ya está disponible en la web de la WPA la primera serie de informes.

Convocatoria para proyectos de investigación que conducirán las Secciones de la WPA

La WPA ha lanzado una convocatoria para proyectos de investigación que realizarán sus Secciones Científicas. El

plazo límite para la recepción de artículos es el 30 de junio de 2009. La convocatoria está disponible en la web de la Asociación.

Serie de cursos educativos itinerantes de la WPA

La WPA está desarrollando un programa de cursos educativos itinerantes de gran calidad, para reproducirse en sus cuatro regiones. Los primeros cursos de este programa tendrán lugar en Abuja, Nigeria (octubre de 2009), Sao Paulo, Brasil (noviembre de 2009) y Dhaka, Bangladesh (enero de 2010).

Nuevas ediciones de World Psychiatry

La WPA recientemente ha lanzado la edición rusa de World Psychiatry además de las ediciones en inglés, español y chino, ya disponibles hace años. Algunos artículos de la revista se están traduciendo en otros idiomas (p. ej., polaco, rumano y bosnio) y se presentan en la web de la WPA o en las de las Asociaciones Afiliadas pertinentes, o en una y otras a la vez.

Serie de cursos sobre dirección y desarrollo profesional de psiquiatras jóvenes

La WPA está apoyando una serie de cursos sobre dirección y desarrollo profesional de psiquiatras jóvenes, dirigida por N. Sartorius. Se llevó a cabo un curso en Singapur del 24 al 28 de febrero de 2009. El próximo tendrá lugar en Abuja, Nigeria, en octubre de 2009.

Organización del Congreso en Florencia

El Congreso Internacional de la WPA «Tratamientos en psiquiatría: una nueva actualización» tuvo lugar en Florencia del 1 al 4 de abril de 2009, con la participación de más de 9.000 delegados de 125 países. El programa científico incluyó conferencias de muchos de los expertos internacionales más destacados en las diversas áreas de tratamiento, incluidos los científicos que tuvieron el máximo total de citas de sus artículos en las revistas de psiquiatría y psicología catalogadas durante los últimos 10 años, de acuerdo con los Indicadores de la Ciencia Esenciales.

Aflicción y duelo: lo que los psiquiatras deben saber

SYDNEY ZISOOK, KATHERINE SHEAR

Department of Psychiatry, University of California at San Diego, 9500 Gilman Drive, 9116A, La Jolla, CA 92093, USA

En este análisis se abordan cuatro campos de importancia clínica para los psiquiatras prácticos: a) los síntomas y la evolución de la aflicción no complicada (normal); b) el diagnóstico diferencial, las manifestaciones clínicas y el tratamiento de la aflicción complicada; c) el diagnóstico diferencial, las manifestaciones clínicas y el tratamiento de la depresión mayor relacionada con la aflicción; y d) las reacciones de los psiquiatras a los suicidios de los pacientes. Los psiquiatras a menudo no están bien preparados para identificar la aflicción complicada y la depresión mayor relacionada con la aflicción y es posible que no siempre estén capacitados para identificar o implementar las medidas terapéuticas más apropiadas. Los dos estados se superponen a los síntomas observados en la aflicción ordinaria no complicada; y a menudo se les designa como «normales» con la errónea suposición de que el paso del tiempo, la fuerza de carácter y el sistema de apoyo natural lograrán curarlos. Aunque la aflicción no complicada puede ser muy dolorosa, desgarradora y desgastante, suele ser tolerable y ceder espontáneamente y no necesita un tratamiento formal. Sin embargo, tanto la aflicción complicada como la depresión mayor relacionada con la aflicción pueden ser persistentes y producir discapacidad grave, interferir drásticamente en la funcionalidad y en la calidad de vida y pueden incluso comprometer el pronóstico vital cuando no reciben tratamiento; y las dos suelen responder a las intervenciones psiquiátricas dirigidas. Además, se ha comunicado que el suicidio de los pacientes es una de las crisis más frecuentes y estresantes que experimenta el personal sanitario y los psiquiatras no son inmunes a la aflicción complicada y a la depresión relacionada con la aflicción cuando ellos mismos son supervivientes. Por consiguiente, es esencial que los psiquiatras reconozcan sus propias vulnerabilidades a los traumas personales que a menudo acompañan a tales pérdidas, no sólo por su propia salud mental y bienestar, sino también para proporcionar una asistencia más sensible y apropiada a sus pacientes.

Palabras clave: duelo, aflicción, aflicción no complicada, depresión mayor, suicidio.

(*Word Psychiatry* 2009;67-74).

Lamentablemente, la aflicción no es un tema que se aborde con profundidad en la mayor parte de las escuelas de medicina o programas de capacitación en medicina general o de residencia en psiquiatría. Por consiguiente, el mito y las anécdotas sustituyen al conocimiento basado en evidencia cuando se trata de comprender y abordar esta experiencia humana general, a veces debilitante.

Cuando Engel (1) planteó la pregunta «¿Es la aflicción una enfermedad?» como título de su artículo ahora tan reconocido sobre el tema, adujo convincentemente que la aflicción tiene muchas características comunes a las enfermedades físicas, como son una causa conocida (en este caso, la muerte de un ser querido), el sufrimiento, una sintomatología y evolución y alteraciones funcionales relativamente previsibles. Además, si bien, suele llegar la curación, no siempre es completa. En algunos individuos acongojados con vulnerabilidades preexistentes, por ejemplo, el dolor intenso y la angustia pueden continuar interminablemente (como una «aflicción complicada») y la pérdida puede provocar complicaciones psiquiátricas, como una depresión mayor.

El estudio de Engel, seguido de varios estudios empíricos sobre la fenomenología y la evolución de la aflicción y sus complicaciones y tratamiento, ha legitimizado el estudio de la aflicción por los profesionales de la salud mental. Sin embargo, hasta ahora, la mayor parte de lo que se sabe sobre la aflicción y sus complicaciones biomédicas no se ha difundido ampliamente entre los médicos. Este análisis tiene como objetivo llenar este vacío.

Para apreciar de qué manera puede cambiarse la aflicción y la transición de una respuesta normal a un trastorno discapacitante que exige atención médica, el médico primero debe saber las características de la aflicción normal y cómo distinguirla de

la aflicción complicada o de la depresión mayor relacionada con la aflicción, o ambas. En consecuencia, este análisis comienza con una sección sobre la aflicción «normal» y después se abordarán los temas de la fenomenología, diagnóstico diferencial, evolución y tratamiento de la aflicción «complicada» así como la depresión mayor relacionada con la aflicción. Puesto que los propios psiquiatras no están inmunes a los estragos de la aflicción, una sección final se enfoca en las consecuencias personales y emocionales de uno de nuestros riesgos laborales más perturbadores, el suicidio de un paciente.

¿QUÉ ES LA AFLICCIÓN NO COMPLICADA (NORMAL)?

Algunos investigadores han tratado de definir distintas etapas de la aflicción, como un período inicial de aturdimiento que lleva a la depresión y finalmente a la reorganización y la recuperación. Sin embargo, la mayoría de los especialistas modernos en el tratamiento de la aflicción reconocen las variaciones y la fluidez de las experiencias de aflicción, que difieren bastante en cuanto a intensidad y duración entre los grupos culturales y entre los individuos (2,3). Hasta el momento, ninguna teoría sobre las etapas de la aflicción ha podido explicar de qué manera las personas hacen frente a la pérdida de un ser querido, por qué experimentan grados y tipos variables de sufrimiento en diferentes momentos y cómo y cuándo se ajustan con el tiempo a vivir sin su ser querido.

Los términos *duelo* y *aflicción* se utilizan de manera variable en la bibliografía para designar el estado de haber perdido a alguien a causa de su muerte o la respuesta a tal pérdida. Los investigadores han recomendado que se utilice el término *duelo* para referirse al hecho de la pérdida; según esto, se debería utilizar el término *aflicción* para describir las respuestas

tas emocionales, cognitivas, funcionales y conductuales a la muerte. Asimismo, el término *aflicción* suele emplearse más ampliamente para designar la respuesta a otras clases de pérdidas; las personas se afligen por la pérdida de sus hijos, de oportunidades y de las capacidades funcionales. También a veces se utiliza el término luto de manera intercambiable por duelo y *aflicción*, por lo general para designar más específicamente las manifestaciones comportamentales de la *aflicción*, que están sujetas a la influencia de rituales sociales y culturales, como son los funerales, las visitas u otras costumbres. La *aflicción complicada*, a veces designada como *aflicción* no resuelta o traumática, es el término que se utiliza en la actualidad para designar un síndrome de *aflicción* prolongada e intensa que se asocia a alteraciones sustantivas en el trabajo, la salud y la funcionalidad social.

¿Qué constituye una *aflicción* «normal»? No hay ninguna respuesta simple. La *aflicción* es diferente para toda persona y toda pérdida, y puede ser nocivo juzgar o estigmatizar la *aflicción* de una persona, sobre todo durante las primeras etapas del duelo. Sin embargo, un médico debe juzgar si la *aflicción* de una persona está evolucionando en forma adaptativa a fin de tomar decisiones categóricas con respecto a intervenir o no intervenir. Un médico que no comprende la gama de síntomas de la *aflicción* corre el riesgo de intervenir en un proceso normal y posiblemente empeorarlo. Al mismo tiempo, el conocimiento de los límites de la *aflicción* no complicada, adaptativa, permite tomar precauciones para no pasar por alto el reconocimiento de la *aflicción* complicada o la depresión que ocurren tras el fallecimiento de un ser querido. Si la *aflicción* complicada o una depresión mayor se confunden y se consideran «normales», los individuos en duelo pueden correr el riesgo de no recibir atención o de recibir un tratamiento ineficaz de problemas de importancia clínica. Por razones pragmáticas, preferimos el calificativo «no complicada» al de «normal», ya que es más fácil clasificar las complicaciones de la *aflicción*, por ejemplo, el síndrome de *aflicción* complicada o depresión relacionada con el duelo, que resolver el debate interminable de lo que es normal y lo que no lo es.

¿Cuánto tiempo dura la *aflicción*? La intensidad y la duración de la *aflicción* son muy variables, no sólo en el mismo individuo en el transcurso del tiempo o después de diferentes pérdidas, sino también en distintas personas que afrontan pérdidas ostensiblemente similares. La intensidad y la duración están determinadas por múltiples fuerzas, algunas de las cuales son: personalidad básica del individuo, forma de apego, constitución genética y vulnerabilidades singulares; edad y estado de salud; espiritualidad e identidad cultural; apoyos y recursos; número de pérdidas; características de la relación (p. ej., interdependiente frente a distante, afectiva frente a ambivalente); clase de relación (progenitor frente a hijo, frente a cónyuge, frente a amigo, etc.); tipo de pérdida (causas bruscas e imprevisibles frente a graduales y previstas o causas naturales frente a suicidio, accidente u homicidio) (4). Sin duda muchos de estos factores también contribuyen a la predisposición a la *aflicción* complicada, la depresión mayor y otras consecuencias adversas. No obstante, hay directrices generales que ayudan al médico a determinar los fenómenos que cabe esperar, la evolución y la duración de la *aflicción* no complicada.

En primer lugar, la *aflicción* no es un estado, sino más bien un proceso. En segundo lugar, el proceso de *aflicción* suele tener lugar en paroxismos e impulsos y la atención oscila de un lado a otro en la realidad dolorosa de la muerte. En tercer lugar, la gama de perturbaciones emocionales, cognitivas, sociales y conductuales de la *aflicción* es amplia y fluctúa desde las alteraciones apenas notorias hasta la angustia y la disfunción intensas. A veces, los médicos estigmatizan erróneamente la falta de *aflicción* o de luto observables como patológicos, lo que señala la vulnerabilidad a la *aflicción* intensa tardía o las complicaciones médicas. Sin embargo, se dispone de escasa evidencia empírica que valide esta suposición y sí datos significativos que la refutan (5,6). En el otro extremo de la gama, el duelo puede ser una de las experiencias más angustiosas y dolorosas para un individuo. Algunos de los estados sensibles que las personas afligidas suelen describir son choque, angustia, pérdida, ira, culpabilidad, arrepentimiento, ansiedad, temor, tristeza, infelicidad, depresión, imágenes intrusivas, despersonalización y una sensación abrumadora. Al principio, estos sentimientos agudos de angustia y desesperación pueden parecer omnipresentes, pero pronto evolucionan hacia ondas o estallidos, al principio no provocados, y más tarde desencadenados por recuerdos específicos de la persona fallecida. Las personas sanas, generalmente adaptadas, probablemente no han experimentado tal montaña rusa de emociones y les suele resultar desconcertante o incluso vergonzosa o atemorizante la emocionalidad intensa e incontrolable de la *aflicción* aguda. Si estas reacciones son acusadas, una persona puede tratar de evitar todo lo que le haga recordar al ser querido, o bien, controlar excesivamente los estímulos, lo que puede interferir en la evolución de la *aflicción* normal.

No obstante, la *aflicción* no sólo tiene que ver con el dolor. En un proceso de *aflicción* no complicada, las experiencias dolorosas se entremezclan con sentimientos positivos, como alivio, disfrute, paz y felicidad que surgen después de la pérdida de una persona importante. A menudo, estos sentimientos positivos desencadenan emociones negativas de deslealtad y culpa en el individuo afligido. Cabe hacer notar que por lo menos un investigador ha observado que los sentimientos positivos seis meses después de un fallecimiento son un signo de capacidad de recuperación y se asocian a desenlaces satisfactorios a largo plazo (7).

En cuarto lugar, en la mayoría de las personas nunca queda completamente consumada la *aflicción*. Sin embargo, hay dos formas fácilmente distinguibles de *aflicción* (8). En primer lugar, la *aflicción aguda* que ocurre como secuela inicial de un fallecimiento puede ser intensamente dolorosa y a menudo se caracteriza por conductas y emociones que se tomarían como inusuales en la vida cotidiana normal. Éstas consisten en tristeza y llanto intensos, otras emociones disforicas no conocidas, preocupación con pensamientos y recuerdos de la persona fallecida, alteraciones de las funciones neurovegetativas, dificultad para concentrarse y un desinterés relativo en otras personas y en las actividades de la vida cotidiana (además de su rol de lamentarse por la persona difunta). Esta forma de *aflicción* se distingue de una forma tardía que es la *aflicción integrada o permanente*, en la cual fácilmente se recuerda a la persona fallecida, a menudo con la tristeza y la nostalgia concomitantes.

Durante la transición de la aflicción aguda a la integrada, que suele comenzar en los primeros meses después del fallecimiento, las heridas comienzan a cicatrizar y la persona afligida encuentra de nuevo su camino hacia una vida satisfactoria. La realidad y la significación de la muerte son asimiladas y la persona en duelo puede participar una vez más en relaciones y actividades placenteras y satisfactorias. Aun cuando hayan integrado la aflicción, no olvidan a la persona que perdieron, no renuncian a su tristeza ni dejan de echar de menos a sus seres queridos. La pérdida se integra en la memoria autobiográfica y los pensamientos y las memorias de las personas fallecidas ya no son preocupantes ni discapacitantes. A diferencia de la aflicción aguda, la aflicción integrada no preocupa de manera persistente a la mente ni altera otras actividades. Sin embargo, puede haber periodos en los que se reactive la aflicción aguda. Esto puede ocurrir en fechas de acontecimientos significativos, como días festivos, cumpleaños, aniversarios, otra pérdida o una época muy estresante.

En quinto lugar, la aflicción no sólo comprende la separación con respecto a la persona que falleció, sino también el encontrar formas nuevas y significativas de continuar la relación con el individuo difunto (9,10). Al hacer frente al dilema de equilibrar las realidades internas y externas, el desconsolado gradualmente aprende a aceptar en su vida como difunto al ser querido. Lo que ocurre a los supervivientes es la transformación de una relación, que hasta ahora había operado en varios niveles de relación real, simbólica, interiorizada e imaginada, en una en la cual se ha perdido la relación efectiva (viva y palpitante). Sin embargo, permanecen otras formas de la relación y siguen evolucionando y cambiando. Por consiguiente, no es infrecuente que los individuos en duelo sueñen con sus seres queridos difuntos, que parezcan buscarlos entre multitudes, que perciban su presencia, que los sientan vigilándolos o protegiéndolos, que ensayen discusiones o «que les hablen». Durante la aflicción suelen experimentarse alucinaciones auditivas o visuales de la persona difunta. A veces se mantiene un sentido de conexión a través de objetos como prendas de vestir, escritos, posesiones favoritas y anillos, los que pueden conservarse por tiempo indefinido. Algunas personas continúan alguna relación con el difunto a través de legados vivientes, como son los fenómenos de identificación, el llevar a cabo una misión del difunto, las donaciones en su memoria o el verlos vivos en otras personas a través de las dotaciones genéticas. Para otros, las visitas periódicas a la tumba o las velas encendidas ayudan a mantener vivos los recuerdos. Los individuos afligidos también pueden reconfortarse aprendiendo que la relación no necesita romperse del todo, sino que es perfectamente aceptable e incluso normal que perdure por tiempo indefinido.

No existen pruebas de que la aflicción no complicada necesite tratamiento formal o intervención profesional (11). En la mayoría de los individuos afligidos, el arduo camino de la aflicción finalmente culminará en un grado de ajuste aceptable a vivir sin el ser querido. Por consiguiente, la mayoría de los individuos afligidos evolucionan bien sin ningún tratamiento. Ciertamente, si alguna persona atribulada por la aflicción busca ayuda, debe tener acceso a un apoyo comprensivo y a la in-

formación que valide que su respuesta es normal después de la pérdida de un ser querido. Cuando no se dispone del apoyo, el consuelo y la información, generalmente proporcionados por la familia, los amigos y a veces por un capellán, o éstos resultan insuficientes, los grupos de apoyo mutuo ayudan a llenar este vacío. Tales grupos de apoyo pueden ser muy útiles después de pérdidas traumáticas, como la muerte de un hijo, una muerte por suicidio (12) o los fallecimientos por otras causas «no naturales» (13).

AFLICCIÓN COMPLICADA

La aflicción complicada es un síndrome que ocurre en casi un 10% de las personas afligidas y se debe a la falta de transición de una aflicción aguda a una integrada. En consecuencia, la aflicción aguda se prolonga, a veces por tiempo indefinido. Los síntomas comprenden sufrimiento por la separación (paroxismos recidivantes de emociones dolorosas, con añoranza y nostalgia intensas por la persona difunta y preocupación con pensamientos en el ser querido) y sufrimiento traumático (sensación de incredulidad con respecto a la muerte, ira y amargura, pensamientos angustiosos e intrusivos en relación con la muerte y la evitación marcada de todo lo que haga recordar la pérdida dolorosa) (10). Es característico que los individuos que experimentan una aflicción complicada tengan dificultades para aceptar la muerte y el sufrimiento intenso por separación y el trauma puede durar más de seis meses (1,4). Los individuos con aflicción complicada se hayan en un círculo iterativo de añoranza y nostalgia intensas que se convierte en el principal centro de atención en sus vidas, aun cuando ello conlleve tristeza, frustración y ansiedad inevitables. Las personas con aflicción complicada pueden percibir su aflicción como atemorizante, vergonzosa y extraña. Es posible que crean que su vida ha terminado y que nunca cesará el dolor intenso que constantemente soportan, o bien, son individuos afligidos que no desean que termine la aflicción, pues perciben que es lo único que les queda de la relación con su ser querido. A veces las personas piensan que, al disfrutar de su vida, están traicionando a su ser querido difunto. Las conductas de inadaptación consisten, por una parte, en una participación excesiva en actividades relacionadas con el difunto, y por otra, en la evitación excesiva. La preocupación por el difunto puede comprender actividades como soñar despierto, sentarse en el cementerio o reacomodar sus pertenencias. Al mismo tiempo, el sujeto afligido puede evitar las actividades y las situaciones que le recuerdan que se ha ido la persona amada, o los buenos momentos que vivieron con ella. A menudo, las personas con aflicción complicada se sienten alejadas de otras, incluso de las que solían ser cercanas.

No se han estudiado bien los factores de riesgo para la aflicción complicada. Sin embargo, los individuos con un antecedente de relaciones tempranas difíciles y que pierden a una persona con la cual tenían una relación profundamente satisfactoria parecen correr riesgo. Asimismo, los sujetos con un antecedente de trastornos afectivos o por ansiedad, los que han experimentado múltiples pérdidas importantes, los que tienen un antecedente de acontecimientos vitales adversos y cuya salud deficiente, falta de apoyo social o tensiones cotidianas concomitantes han abrumado su capacidad para arreglárselas,

pueden correr el riesgo de una aflicción complicada (8,10). Una pregunta interesante que aún no tiene respuesta es por qué una persona manifiesta aflicción complicada, en tanto que otra sufre depresión mayor o un trastorno por estrés postraumático a causa de la pérdida de un ser querido.

La aflicción complicada puede identificarse fácilmente utilizando el Inventario de la Aflicción Complicada (ICG, 14). Se refleja en una puntuación ≥ 30 en el ICG al menos seis meses después de la muerte. Se asocia a sufrimiento importante, alteraciones y consecuencias negativas para la salud (14,15). Los estudios han documentado trastornos crónicos del sueño (16,17) y la perturbación de la rutina diaria (18). Se ha observado que las personas con aflicción complicada corren mayor riesgo de presentar cáncer, cardiopatía, hipertensión, toxicomanías y tendencia al suicidio (19). Entre los cónyuges afligidos mayores de 50 años de edad, el 57% de los que tenían aflicción complicada mostraron ideas suicidas en comparación con el 24% restante que no lo confirmó. Entre los adolescentes amigos de suicidas adolescentes, los adultos jóvenes con aflicción complicada tuvieron una posibilidad 4,12 veces mayor de aprobar las ideas suicidas, teniendo en cuenta el ajuste con respecto a la depresión sindrómica, que los sujetos que no tenían aflicción complicada sindrómica (20). En estudios de poblaciones clínicas, la aflicción complicada en los pacientes bipolares se asoció a una tasa elevada de ideas suicidas, un antecedente de tentativas de suicidio y conducta suicida indirecta, no atribuible a la depresión mayor concomitante (19), así como a tasas elevadas de tentativas de suicidio en el curso de la vida (21). Una vez establecida la aflicción complicada, tiende a ser crónica y a no remitir. Indudablemente, se debe tomar en serio la aflicción complicada y tratarse en forma apropiada.

Los fármacos psicoactivos y las psicoterapias de apoyo estándar enfocados en la aflicción, al parecer, tienen escaso efecto sobre este síndrome. En cambio, una intervención dirigida, el tratamiento de la aflicción complicada (TAC), ha demostrado resultados significativamente mejores que la psicoterapia estándar para tratar este síndrome (21). El TAC combina las técnicas conductuales cognitivas con aspectos de psicoterapia interpersonal y entrevistas motivacionales. El tratamiento consiste en un enfoque dual para lograr la aceptación de la pérdida y encontrar un camino hacia el restablecimiento. Comprende un ejercicio estructurado enfocado en evocar una y otra vez el momento del fallecimiento y en volver a involucrarse gradualmente en actividades y situaciones que se han evitado. Se abordan y se discuten las metas personales. Un ensayo aleatorizado y comparativo en el que se comparó el TAC con la psicoterapia interpersonal estándar, demostró que el primero era más eficaz (22). Se les permitió a los participantes ingresar en el ensayo aun cuando recibiesen medicamentos que se les habían estado prescribiendo durante más de tres meses si de todas formas cumplían con los criterios para el diagnóstico de una aflicción complicada. En comparación con los que no estaban ya tomando medicamentos, los individuos previamente tratados al parecer obtuvieron beneficios moderados al añadirse la psicoterapia y mostraron más probabilidades de concluir un ciclo completo de TAC. Dadas estas observaciones y la presentación frecuente de trastornos afectivos y por ansiedad en el curso de vida de los individuos con aflicción complicada, es

probable que el tratamiento combinado, que comprende fármacos antidepresivos y psicoterapia dirigida, sea el enfoque terapéutico más eficaz (23). Se necesitan ensayos aleatorizados y comparativos prospectivos en los que se analice la utilidad de la farmacoterapia en el tratamiento de la aflicción complicada con o sin psicoterapia concomitante.

DEPRESIÓN MAYOR RELACIONADA CON LA AFLICCIÓN

Se han realizado múltiples estudios de seguimiento longitudinal en las personas que recientemente han perdido a un ser querido. La mayor parte de los estudios se han centrado en la persona viuda, si bien se dispone de excelentes estudios sobre niños que han perdido a algún progenitor y de progenitores que han perdido a un hijo. En casi todos los estudios se han observado resultados más o menos similares: una gran frecuencia de síntomas depresivos que disminuyen en frecuencia e intensidad con el tiempo, pero que pueden persistir más a menudo que en sujetos de control no afligidos durante años después de la muerte (24). En los estudios reconocidos de Clayton (25-27), una gran mayoría de la muestra experimentó depresión del ánimo; anorexia y adelgazamiento inicial; insomnio inicial, mediano y terminal; llantos excesivos; algo de fatiga y pérdida de interés en su entorno (pero no necesariamente en las personas circundantes); inquietud y sentimiento de culpa. La irritabilidad fue frecuente, no así la ira manifiesta. Los pensamientos e ideas suicidas fueron infrecuentes, pero no las alucinaciones. Cuando se les preguntó a la mayoría de las viudas y los viudos, comunicaron que habían sentido a su cónyuge difunto o que éste los había tocado, que habían escuchado su voz, que lo habían visto o que habían oído su presencia. Fue frecuente la identificación equivocada de sus cónyuges difuntos en una multitud. Hacia el término del primer año, los síntomas somáticos de depresión habían mejorado bastante, aunque persistían el ánimo decaído (por lo general durante acontecimientos específicos o días festivos), la inquietud y el insomnio. Los estudios demuestran que los síntomas eran consistentes entre las siguientes variables: varones y mujeres, una defunción súbita frente a prevista, matrimonios buenos y malos y sujetos religiosos y no religiosos. Al término de un año, la mayoría de los sujetos afligidos podía charlar con ecuanimidad sobre la persona difunta. Estas observaciones fueron reproducidas en gran parte en el estudio longitudinal de una población anciana realizado por Grimby (28), quien descubrió que el ánimo decaído, la tristeza y el llanto constituían los síntomas fundamentales de la aflicción y que la tristeza era la que persistía por más tiempo.

En los estudios de Clayton antes descritos, el 42% cumplió con los criterios sintomáticos de una depresión mayor a un mes y el 16% cumplió con los criterios de este trastorno después de un año. Un 47% manifestó depresión mayor en algún momento durante el año en comparación con un 8% de los sujetos de control y un 11% para todo el año (25). Estas observaciones fueron muy similares a las comunicadas por Zisook y Shuchter (29-32) quienes observaron que el 24% de los individuos de sus muestras estaban deprimidos a los dos meses, el 23% a los siete meses, el 16% a los 13 meses y el 14% a los 25 meses. Un 7% mostraba depresión crónica. En todos los estudios, el mejor

factor pronóstico de una depresión mayor a los 13 meses fue la depresión a uno o dos meses. De acuerdo con los estudios de Zisook y Shuchter, un antecedente previo de depresión mayor también antecede a una depresión mayor a un año. Además, las personas afligidas no sólo tienen un riesgo elevado de una depresión mayor, sino que también corren el riesgo de síntomas depresivos subsindrómicos latentes. Tales síntomas, aun ante la falta de trastornos depresivos completos, pueden asociarse a un sufrimiento personal prolongado, disfunción de roles y discapacidad (72).

Muchos médicos se confunden por la relación existente entre la aflicción y la depresión y les resulta difícil diagnosticar la depresión clínica en los pacientes con duelo. Éste es un factor estresante de importancia y se ha observado que desencadena episodios de depresión mayor, lo que da como resultado un dilema diagnóstico que puede tener implicaciones clínicas muy importantes (24, 33). Aunque hay un solapamiento de los síntomas, la aflicción puede distinguirse de un episodio de depresión franco. La mayoría de los individuos en duelo experimentan una tristeza intensa, pero sólo una minoría cumple con los criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de una depresión mayor. La principal fuente de confusión es la presentación frecuente de un ánimo decaído, tristeza y aislamiento social, tanto en el duelo como en la depresión mayor. Sin embargo, también existen diferencias claras entre los dos estados. La aflicción es una experiencia compleja en la cual se experimentan emociones positivas junto con negativas. A medida que transcurre el tiempo, las emociones tristes intensas que suelen aparecer en oleadas se presentan a intervalos más separados. Estas oleadas de aflicción suelen estar vinculadas con determinados estímulos, correlacionadas con los recordatorios internos y externos de la persona difunta. Por otra parte, la aflicción es un estado fluctuante con una variabilidad individual en la cual se hacen progresivamente ajustes cognitivos y conductuales hasta que el individuo afligido puede mantener a la persona difunta en un lugar cómodo en su memoria y puede reanudar una vida satisfactoria. En cambio, la depresión mayor tiende a ser más omnipresente y se caracteriza por una dificultad importante para experimentar sentimientos de autovalidación y positivos. La depresión mayor consta de un conglomerado reconocido y estable de síntomas debilitantes, que se acompañan de un ánimo decaído prolongado y duradero. Tiende a ser persistente y se asocia a deficiencias laborales y del funcionamiento social, una disfunción inmunitaria y otros cambios neurobiológicos, cuando no se trata. Esto es tan aplicable a la depresión mayor después de la defunción de un ser querido como a los individuos no afligidos que tienen una depresión mayor (24-38). Asimismo, la depresión mayor no tratada después del duelo conlleva la carga adicional de prolongar el dolor y el sufrimiento que conlleva la aflicción.

Las consecuencias, las características clínicas y la evolución del duelo relacionado con la depresión mayor son similares a las de otra depresión mayor no relacionada con el duelo. Las consecuencias adversas documentadas de la depresión mayor relacionada con el duelo son: alteraciones del funcionamiento psicosocial, presentación concomitante con diversos trastornos por ansiedad; síntomas de inutilidad, cambios psicomotores y tendencia al suicidio (31, 34-36, 39). Los síntomas de depre-

sión mayor relacionada con el duelo suelen ser graves y crónicos (30, 31, 40). Además, la depresión mayor relacionada con el duelo también tiene características biológicas que reflejan similitudes con respecto a otras depresiones, como un aumento de la actividad de la corteza suprarrenal, alteraciones de la función inmunitaria y trastornos de las etapas del sueño (39).

La mayor parte de la información en torno a la depresión mayor relacionada con el duelo está enfocada en la defunción de un cónyuge, que se considera uno de los acontecimientos más perniciosos y angustiantes de la vida ordinaria (41). En comparación con los individuos casados, durante el primer año después de la pérdida, hay un incremento en las consultas al médico general por las viudas deprimidas (42). Además, hay una mayor demanda de consejo, sobre todo de consejo espiritual (25), y un consumo significativamente mayor de tranquilizantes, hipnóticos y alcohol (43). Por último, es improbable que la depresión mayor no reconocida y no tratada explique por lo menos una parte de la mayor mortalidad que se observa en los grupos de individuos en duelo (44). Las causas de fallecimientos han variado en diferentes estudios, pero casi siempre comprenden suicidio y accidentes (45).

Cuando se presenta un síndrome depresivo mayor poco después del fallecimiento de un ser querido, de acuerdo con la ICD-10, se debe clasificar como una depresión mayor. Sin embargo, el mismo episodio no constituye una depresión mayor de acuerdo con el DSM-IV, sino más bien se designa con el código V (ninguna enfermedad mental) de «duelo». ¿Qué es lo correcto? ¿Es el síndrome una enfermedad, que probablemente necesite tratamiento, o es un fenómeno normal que exija, a lo mucho, una observación expectante? El DSM-IV señala que, en la mayoría de las circunstancias, el duelo en los primeros dos meses después del fallecimiento impide el diagnóstico de una depresión mayor, pero que ésta debe tomarse muy en cuenta cuando hay un sentimiento de culpa sobre aspectos no relacionados con las acciones realizadas al momento de la defunción, retraso psicomotor acentuado, sentimientos mórbidos de inutilidad, ideas suicidas persistentes o alteraciones funcionales prolongadas e intensas. Sin embargo, estas características probablemente también se presentan en la depresión mayor relacionada con el duelo al igual que en otros casos de depresión mayor (36, 38) y en varios estudios se ha observado que la depresión mayor relacionada con el duelo es más similar, que diferente, a otras formas de depresión mayor (35) y que responde al tratamiento de una manera muy parecida a otros tipos de depresión mayor no relacionada con el duelo. Por consiguiente, consideramos que el convenio del DSM-IV de descartar el diagnóstico de depresión mayor en los primeros dos meses después del duelo ya no encaja en la mejor evidencia y puede tener la consecuencia adversa de evitar que las personas con enfermedades potencialmente letales, como la depresión mayor, obtengan el tratamiento apropiado.

La clave para un tratamiento satisfactorio es reconocer que la depresión mayor relacionada con el duelo es similar a otra depresión mayor no asociada al duelo. Sin embargo, los médicos siguen teniendo dudas con respecto a cómo intervenir en la depresión mayor relacionada con el duelo y a veces se cuestionan si es conveniente intervenir siquiera de alguna manera. Los profesionales médicos, lo mismo que el público, tienden

a atribuir erróneamente, considerándolos como normales, los síntomas de duelo, lo que deja a los individuos desconsolados vulnerables y expuestos a los apuros de la depresión no tratada y a las exigencias angustiantes de hacer frente a su pérdida reciente. En consecuencia, recomendamos tratar la depresión mayor relacionada con el duelo de manera tan seria e intensiva como tratamos la depresión relacionada con otros acontecimientos vitales o factores psicosociales desencadenantes conocidos.

Al igual que con otros tipos de depresión mayor no relacionada con el duelo, los factores decisivos que se utilizan para determinar si es conveniente el tratamiento son los antecedentes y la intensidad, la duración y la predominancia del síndrome depresivo. En determinadas circunstancias, como cuando hay un antecedente de depresión mayor grave, se debe tomar en cuenta el tratamiento preventivo para evitar el surgimiento de un nuevo episodio ante este período previsiblemente difícil. Por lo contrario, si no hay antecedentes personales o familiares de depresión mayor y el síndrome es relativamente leve por lo que respecta a gravedad, reactividad y alteraciones, se debe postergar el tratamiento por lo menos durante los primeros dos meses, si no más, pero hay que vigilar con regularidad al paciente. El médico puede entonces iniciar el tratamiento con psicoterapia educativa de apoyo utilizando los mismos principios generales que para la depresión mayor no relacionada con el duelo. Si la depresión no responde bien a esta clase de apoyo, se han de utilizar fármacos antidepresivos (46).

Por el momento, no se dispone de estudios sobre la psicoterapia enfocados específicamente a la depresión mayor relacionada con el duelo que demuestren eficacia, aunque no hay motivos convincentes para pensar que la psicoterapia no tendría la misma eficacia en la depresión mayor relacionada con el duelo que en la depresión mayor no relacionada con el duelo. Aunque se necesitan más investigaciones para determinar la eficacia potencial de la psicoterapia en la depresión en pacientes con aflicción, recomendamos un método de tratamiento integrado que comprenda psicoterapia individualizada.

En la actualidad, se dispone de seis estudios publicados sobre la depresión relacionada con el duelo que demuestran la eficacia y la seguridad de diversos fármacos antidepresivos (47-52). En cada uno de estos estudios, la intensidad de la aflicción disminuyó junto con la mejoría de los síntomas depresivos, aunque la mejoría de la aflicción no fue tan firme como el alivio de la depresión. En la actualidad no hay un solo fármaco antidepresivo que se considere el «mejor» para tratar la depresión relacionada con el duelo. El preguntar al paciente sobre sus preferencias y sobre la eficacia o ineficacia de diversos antidepresivos previos puede ser útil como guía para la selección adecuada de un fármaco. Si el episodio depresivo es relativamente leve y no conlleva ningún riesgo de suicidio o de manifestaciones melancólicas, el apoyo y la observación expectante podrían ser una opción inicial adecuada. Por otra parte, cuanto más independientes y graves sean los síntomas, tanto mayor será el número de fármacos antidepresivos que deban incluirse en las ecuaciones de tratamiento. Por lo que respecta a los episodios de comorbilidad graves, o cuando los medicamentos no han sido eficaces, puede necesitarse la politerapia con múltiples fármacos además de la psicoterapia dirigida. Un trastorno concomitante notable, específico del duelo, como es

la aflicción complicada (8), puede exigir una forma muy específica de psicoterapia (22). En todos los casos, el tratamiento debe ser personalizado y tomar en cuenta las necesidades específicas y recursos del individuo, así como la disponibilidad de diversas modalidades de tratamiento, para decidir cuál es el mejor enfoque. Un modelo de tratamiento que comprenda educación, una forma de psicoterapia de apoyo individualizada y tratamiento farmacológico, maximiza la probabilidad de un pronóstico favorable (46).

CUANDO UN PACIENTE SE SUICIDA

La enfermedad mental es uno de los factores de riesgo de suicidio más frecuente y se presenta en > 90% de todos los suicidios. El suicidio del paciente es un riesgo laboral de los psiquiatras, ya que estos profesionales tratan a los enfermos más crónicos y graves, utilizando tratamientos que son imperfectos. Los estudios han demostrado que > 50% de los psiquiatras han perdido a un paciente por suicidio y muchos han perdido más de uno (53). En consecuencia, no es de sorprender que el suicidio del enfermo se haya comunicado como una de las crisis más frecuentes y estresantes que experimenta el personal sanitario en todo el mundo (54-57).

Cuando un paciente se suicida, los psiquiatras deben tomar en cuenta las ventajas y los posibles problemas que implica brindar atención a la familia del difunto. Muchos sobrevivientes aceptarán de buena gana el contacto con el médico tratante al intentar dar sentido al fallecimiento y procesar su propia aflicción (58). En general, los médicos deben tomar la iniciativa de ofrecerse a reunirse con los familiares después de un suicidio, a menos que haya motivos claros para no hacerlo. El psiquiatra puede brindar apoyo, ayudar a normalizar las reacciones de los familiares, remitirlos a los servicios pertinentes en la población y, dentro de los límites de la confidencialidad, plantear una perspectiva del suicidio que pueda ayudar a los familiares a reducir su confusión, culpabilidad o ira en torno a la defunción. El acudir a funerales y eventos conmemorativos es cuestión individual, pero a menudo esto tiene un efecto reparador tanto para el psiquiatra como para la familia. Aun cuando el psiquiatra no conozca personalmente a los familiares cercanos supervivientes, las tarjetas de condolencia, el expresar interés y simpatía, suelen recibirse como un gesto positivo.

Cuando un psiquiatra pierde a un paciente por suicidio, las reacciones personales son muy diversas, al igual que en otros sobrevivientes. Se ha descrito el ánimo decaído, las dificultades para dormir y la irritabilidad, por ejemplo (59). En muchos estudios se han observado tasas elevadas de manifestaciones de aflicción problemática en los sobrevivientes, por ejemplo, culpa intensa o sentimiento de responsabilidad por el deceso, una necesidad de explicar o darle sentido al fallecimiento, un fuerte sentimiento de rechazo, el abandono y la ira hacia la persona difunta, los síntomas del trauma, la aflicción complicada y la vergüenza por la forma en que falleció el ser querido (6-10). Los psiquiatras no son inmunes a estas reacciones cuando ellos mismos se convierten en sobrevivientes (59). Además, el temor al litigio y la punición por la comunidad psiquiátrica pueden complicar la respuesta del psiquiatra (54).

La intervención posterior debe ser multifacética e idealmente debe comprender el apoyo de familia, amigos y colegas. Para algunos individuos y en algunas culturas, la curación se facilita con la oración y haciendo méritos (57). Los psiquiatras que pierden a un paciente por suicidio han de considerar la consulta a un colega experimentado en quien confíen, quien pueda servir de escucha y fuente de apoyo emocional y al que también se le pueda consultar sobre la respuesta más útil para los sobrevivientes afectados por el fallecimiento.

CONCLUSIONES

Al concluir su educación y capacitación formal, los psiquiatras pueden no estar bien preparados para hacer frente a algunas de las dificultades clínicas más frecuentes que afrontarán en su ejercicio profesional. El diagnóstico y el tratamiento de la aflicción complicada y de la depresión mayor relacionada con el duelo sin duda ocupan un lugar preponderante en la lista de estas dificultades. Los dos trastornos se solapan a los síntomas observados en la aflicción ordinaria, no complicada, y a menudo se designan como «normales» con la suposición de que el tiempo, la fuerza de carácter y el sistema de apoyo natural lograrán la curación.

Es importante tener presente que, si bien el proceso de aflicción de cada individuo es único, hay un tipo de aflicción que es discapacitante y que interfiere en el funcionamiento y la calidad de vida. Esta respuesta de aflicción complicada, prolongada, tiende a ser crónica y persistente cuando no se dan intervenciones dirigidas y puede poner en riesgo el pronóstico vital. La aflicción complicada suele responder bien a una psicoterapia específica, tal vez mejor cuando se administra en combinación con fármacos antidepresivos. Además, puesto que los suicidios de los pacientes constituyen un riesgo laboral frecuente para los psiquiatras, es esencial que reconozcan sus propias vulnerabilidades a las tribulaciones personales que a menudo acompañan a tales pérdidas, no sólo por su propia salud mental y bienestar sino también para proporcionar la atención más sensible y adecuada a sus pacientes.

Bibliografía

- Engel GL. Is grief a disease? A challenge for medical research. *Psychosom Med* 1961;23:18-22.
- Silver RC, Wortman CB. The stage theory of grief. *JAMA* 2007; 297:2692.
- Bonanno GA, Boerner K. The stage theory of grief. *JAMA* 2007; 297:2693.
- Bonanno GA, Kaltman S. The varieties of grief experience. *Clin Psychol Rev* 2001;21:705-34.
- Keltner D, Moffitt TE, Stouthamer-Loeber M. Facial expressions of emotion and psychopathology in adolescent boys. *J Abnorm Psychol* 1995;104:644-52.
- Boerner K, Wortman CB, Bonanno GA. Resilient or at risk? A 4-year study of older adults who initially showed high or low distress following conjugal loss. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2005;60: P67-73.
- Bonanno GA, Wortman CB, Nesse RM. Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychol Aging* 2004;19:260-71.
- Shear MK, Mulhare E. Complicated grief. *Psychiatr Ann* 2008;39: 662-70.
- Shuchter SR, Zisook S. Widowhood. The continuing relationship with the dead spouse. *Bull Menninger Clin* 1988;52:269-79.
- Shear K, Shair H. Attachment, loss, and complicated grief. *Dev Psychobiol* 2005;47:253-67.
- Jordan JR, Neimeyer RA. Does grief counseling work? *Death Stud* 2003;27:765-86.
- McDaid C, Trowman R, Golder S et al. Interventions for people bereaved through suicide: systematic review. *Br J Psychiatry* 2008; 193:438-43.
- Rynearson EK, Favell J, Saindon C. Group intervention for bereavement after violent death. *Psychiatr Serv* 2002;53:1340.
- Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF, 3rd et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res* 1995;59:65-79.
- Prigerson HG, Shear MK, Jacobs SC et al. Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *Br J Psychiatry* 1999; 174:67-73.
- Germain A, Caroff K, Buysse DJ et al. Sleep quality in complicated grief. *J Trauma Stress* 2005;18:343-6.
- Hardison HG, Neimeyer RA, Lichstein KL. Insomnia and complicated grief symptoms in bereaved college students. *Behav Sleep Med* 2005;3:99-111.
- Monk TH, Houck PR, Shear MK. The daily life of complicated grief patients - what gets missed, what gets added? *Death Stud* 2006;30: 77-85.
- Szanto K, Shear MK, Houck PR et al. Indirect self-destructive behavior and overt suicidality in patients with complicated grief. *J Clin Psychiatry* 2006;67:233-9.
- Prigerson HG, Bridge J, Maciejewski PK et al. Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. *Am J Psychiatry* 1999;156:1994-5.
- Simon NM, Pollack MH, Fischmann D et al. Complicated grief and its correlates in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2005;66:1105-10.
- Shear K, Frank E, Houck PR et al. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;293:2601-8.
- Simon NM, Shear MK, Fagioli A et al. Impact of concurrent naturalistic pharmacotherapy on psychotherapy of complicated grief. *Psychiatry Res* 2008;159:31-6.
- Auster T, Moutier C, Lanouette N et al. Bereavement and depression: implications for diagnosis and treatment. *Psychiatr Ann* 2008; 38:655-61.
- Clayton P, Desmarais L, Winokur G. A study of normal bereavement. *Am J Psychiatry* 1968;125:168-78.
- Clayton PJ, Halikes JA, Maurice WL. The bereavement of the widowed. *Dis Nerv Syst* 1971;32:597-604.
- Clayton P, Darvish H. Course of depressive symptoms following the stress of bereavement. In: Barrett J, Rose R, Klerman G (eds). *Stress and mental disorder*. New York: Raven Press, 1979:121-36.
- Grimby A. Bereavement among elderly people: grief reactions, postbereavement hallucinations and quality of life. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87:72-80.
- Zisook S, Shuchter SR. Depression through the first year after the death of a spouse. *Am J Psychiatry* 1991;148:1346-52.
- Zisook S, Shuchter SR. Major depression associated with widowhood. *Am J Geriatr Psychiatry* 1993;1:316-26.
- Zisook S, Shuchter SR. Uncomplicated bereavement. *J Clin Psychiatry* 1993;54:365-72.
- Zisook S, Shuchter SR, Sledge PA et al. The spectrum of depressive phenomena after spousal bereavement. *J Clin Psychiatry* 1994; 55(Suppl.):29-36.

33. Pies RW. Depression and the pitfalls of causality: implications for DSM-V. *J Affect Disord* 2008;3:3.
34. Hensley PL, Clayton PJ. Bereavement: signs, symptoms, and course. *Psychiatr Ann* 2008;38:649-54.
35. Kendler K, Meyers J, Zisook S. Does bereavement-related major depression differ from major depression associated with other forms of stressful events? *Am J Psychiatry* 2008;165:1449-55.
36. Zisook S, Shear K, Kendler KS. Validity of the bereavement exclusion criterion for the diagnosis of major depressive episode. *World Psychiatry* 2007;6:102-7.
37. Wakefield JC, Schmitz MF, First MB et al. Extending the bereavement exclusion for major depression to other losses: evidence from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64: 433-40.
38. Karam EG, Tabet CC, Alam D et al. Bereavement related and nonbereavement related depressions: a comparative field study. *J Affect Disord* 2009;112:102-10.
39. Zisook S, Kendler KS. Is bereavement-related depression different than non-bereavement-related depression? *Psychol Med* 2007;37: 779-94.
40. Clayton PJ. Bereavement and depression. *J Clin Psychiatry* 1990; 51(Suppl.):34-8.
41. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res* 1967;11:213-8.
42. Clayton PJ. Mortality and morbidity in the first year of widowhood. *Arch Gen Psychiatry* 1974;30:747-50.
43. Zisook S, Shuchter SR, Mulvihill M. Alcohol, cigarette, and medication use during the first year of widowhood. *Psychiatr Ann* 1990; 20:318-26.
44. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *Lancet* 2007;370:1960-73.
45. Helsing KJ, Comstock GW, Szklo M. Causes of death in a widowed population. *Am J Epidemiol* 1982;116:524-32.
46. Zisook S, Shuchter SR. Treatment of the depressions of bereavement. *Am Behav Sci* 2001:782-97.
47. Jacobs SC, Nelson JC, Zisook S. Treating depressions of bereavement with antidepressants. A pilot study. *Psychiatr Clin North Am* 1987;10:501-10.
48. Pasternak RE, Reynolds CF, 3rd, Schlernitzauer M et al. Acute opentrial nortriptyline therapy of bereavement-related depression in late life. *J Clin Psychiatry* 1991;52:307-10.
49. Zisook S, Shuchter SR, Pedrelli P et al. Bupropion sustained release for bereavement: results of an open trial. *J Clin Psychiatry* 2001;62: 227-30.
50. Hensley PL, Slonimski CK, Uhlenhuth EH et al. Escitalopram: an open-label study of bereavement-related depression and grief. *J Affect Disord* 2009;113:142-9.
51. Oakley F, Khin NA, Parks R et al. Improvement in activities of daily living in elderly following treatment for post-bereavement depression. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:231-4.
52. Reynolds CF, 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 therapy. *Am J Psychiatry* 1999;156:202-8.
53. Henn RF. Patient suicide as part of psychiatric residency. *Am J Psychiatry* 1978;135:745-7.
54. Gitlin MJ. A psychiatrist's reaction to a patient's suicide. *Am J Psychiatry* 1999;156:1630-4.
55. Bongar B, Greaney SA. Essential clinical and legal issues when working with the suicidal patient. *Death Stud* 1994;18:529-48.
56. Leenaars A, Cantor C, Connolly J et al. Ethical and legal issues in suicidology: international perspectives. *Arch Suicide Res* 2002;6: 185-97.
57. Thomyangkoon P, Leenaars A. Impact of death by suicide of pa74 *World Psychiatry* 8:2 - June 2009 tients on Thai psychiatrists. *Suicide Life Threat Behav* 2008;38: 728-40.
58. Campbell F, Simon RI, Hales RE. Aftermath of suicide: the clinician's role. In: Simon RI, Hales RE (eds). *The American Psychiatric Publishing textbook of suicide assessment and management*, 1st ed. Washington: American Psychiatric Publishing, 2006:459-76.
59. Jordan A. Bereavement after suicide. *Psychiatr Ann* 2008;38:679-85.

Autoestigma y el efecto «por qué intentar»: repercusión en las metas en la vida y en las intervenciones basadas en la evidencia

PATRICK W. CORRIGAN, JONATHON E. LARSON, NICOLAS RÜSCH

Illinois Institute of Technology, Chicago, IL 60616, USA

Muchos individuos con enfermedades mentales se ven afectados por el autoestigma y los procesos subsiguientes que acompañan a este estigma: baja autoestima y autoeficacia. El «por qué intentar» es el fenómeno global que aquí nos interesa, pues comprende autoestigma, los procesos de mediación y sus efectos sobre la conducta relacionada con las metas. En este artículo, se analiza la bibliografía que explica el «por qué intentar» con atención especial a los modelos psicológicos sociales. El autoestigma comprende tres pasos: percatarse del estereotipo, estar de acuerdo con el mismo y aplicarlo a sí mismo. Como resultado de estos procesos, las personas padecen una menor autoestima y autoeficacia. Se disuade a los individuos para no buscar la clase de oportunidades que son fundamentales en el logro de las metas en la vida a causa de su autoestima y autoeficacia mermadas. Asimismo, pueden evitar el buscar acceso y utilizar las intervenciones basadas en la evidencia que ayudan a lograr estos objetivos. Los efectos del autoestigma y el efecto «por qué intentar» pueden mitigarse mediante los servicios que favorecen la habilitación del individuo.

Palabras clave: autoestigma, enfermedad mental, estigma público, autoestigma, autoeficacia, habilitación.

(*World Psychiatry* 2009;8:75-81)

La incorporación social, la recuperación y la integración a la sociedad se han promovido de manera intercambiable como los principales principios del sistema de salud mental en el nuevo milenio (1-4). Estas ideas tienen en común el logro de metas autodeterminadas que favorecen el propio sentido de bienestar. Estas clases de metas se definen en el aquí y el ahora y se enmarcan en términos de verdaderos intereses de todos los adultos, tengan o no tengan discapacidades. Los dominios relevantes son: dedicación, vivienda, educación, salud y bienestar, relaciones y recreación y aspiraciones basadas en la fe. Las limitaciones funcionales debidas a la propia discapacidad tienen una repercusión negativa en la capacidad para el logro cabal de las metas en estos dominios. La participación en las intervenciones basadas en la evidencia respalda el logro de estas metas. El estigma al parecer tiene un efecto perjudicial en el logro de las metas y mina los efectos favorables de las intervenciones basadas en evidencia.

¿De qué manera el estigma afecta a las metas en la vida de las personas? El estigma y sus efectos se distinguen en dos tipos: público y autoestigma. En congruencia con un modelo psicológico social, se ha descrito el estigma público en función de estereotipos, prejuicio y discriminación. Los psicólogos sociales ven los *estereotipos* como estructuras de conocimiento que aprende la mayoría de los miembros de un grupo social sobre las personas de diferentes grupos (5). Los estereotipos sobre la salud mental comprenden culpa, peligrosidad e incompetencia (6). El hecho de que la mayoría de las personas conozca una serie de estereotipos no implica que estén de acuerdo con ellos (5, 7). Las personas que tienen *prejuicio* aprueban estos estereotipos peyorativos («es verdad, todas las personas con enfermedades mentales son violentas») y generan en consecuencia reacciones emocionales negativas («todas me dan miedo») (8, 9). El prejuicio lleva a *discriminación*, la reacción conductual (10). La discriminación que se deriva del estigma público se manifiesta de tres maneras: pérdida de las oportunidades (p. ej., el no ser contratado para un trabajo o el que

no se le alquile un apartamento), coerción (un experto toma decisiones por cuanto se considera que la persona no puede hacerlo) y segregación (lo que anteriormente hacía que se remitiera a las personas a los hospitales públicos hoy en día se manifiesta como grupos de enfermedades mentales, lo que se acentúa sobre todo en muchos contextos urbanos) (11). Esta cadena de estereotipos, prejuicio y discriminación es estigma público, la forma en que el público general concibe y reacciona a las personas con enfermedades mentales importantes y ha de distinguirse del autoestigma y del efecto «por qué intentar» que es el tema central de este artículo.

EL MODELO «POR QUÉ INTENTAR»

El efecto «por qué intentar» comprende tres componentes: autoestigma debido a estereotipos; mediadores, como autoestima y autoeficacia; y logro de metas en la vida, o falta de ellas. Un programa de investigación importante ha enmarcado la autoestima y parte del efecto «por qué intentar» como la teoría de la estigmatización modificada (12, 13). Las personas que interiorizan estereotipos sobre la salud mental experimentan una pérdida de autoestima y autoeficacia (12, 14-18). Los individuos tildados de enfermos mentales que viven en una cultura con estereotipos predominantes sobre las enfermedades mentales pueden prever e interiorizar las actitudes que reflejan de devaluación y discriminación. Se describe la devaluación como el darse cuenta de que el público no acepta a la persona con una enfermedad mental. Un grupo de investigadores posteriores ha tratado de expandir la teoría de la estigmatización modificada (19-21). La autodevaluación se describe de una manera más cabal mediante lo que se denomina en inglés las «tres A» del autoestigma: *percatación* (*awareness*), *acuerdo* (*agreement*) y *aplicación* (*application*).

Para experimentar el autoestigma, la persona debe conocer los estereotipos que describen a un grupo estigmatizado (p. ej., las personas con enfermedades mentales son culpables de su

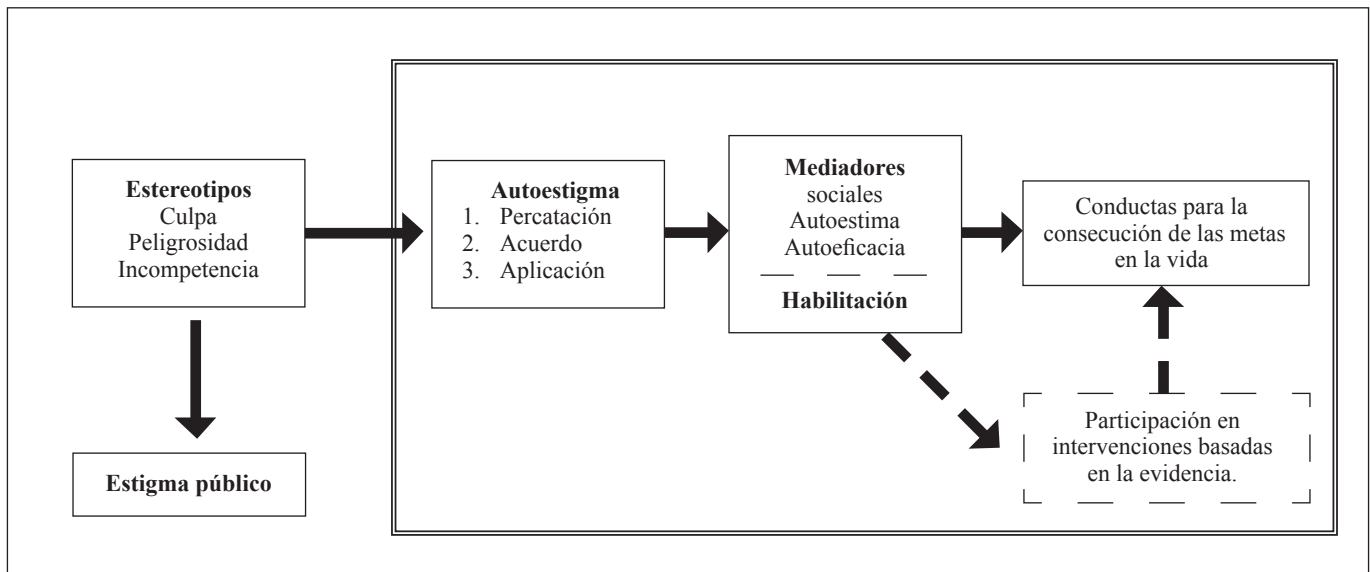


Figura 1. El efecto «por qué intentar».

trastorno) y estar de acuerdo con ellos (es correcto, las personas con enfermedades mentales realmente son culpables de su trastorno). No obstante, estos dos factores no son suficientes para representar el autoestigma. La tercera A es la *aplicación*. La persona debe aplicar los estereotipos a sí mismo (soy un enfermo mental, de manera que soy culpable de mi trastorno) (21). Esa perspectiva representa el autoestigma como una relación jerárquica; una persona con una enfermedad mental primero debe conocer los estereotipos correspondientes antes de estar de acuerdo con ellos y aplicar el autoestigma a sí misma. Obsérvese que la definición de autoestigma que se presenta en la figura 1 está limitada a los procesos perceptuales-cognitivos. Como aduce Goffman (22), el estigma es fundamentalmente una señal que desencadena un prejuicio y una discriminación subsiguientes.

AUTOESTIMA Y AUTOEFICACIA

En congruencia con la teoría de la estigmatización modificada, la desmoralización resultante del autoestigma desencadena una merma de la autoestima. Así mismo, se ha analizado y confirmado en cuatro estudios el papel mediador de la autoestima en diversas variables sustitutivas del logro de metas (23-26), como son la reducción de los síntomas lo mismo que la calidad de vida. Las medidas de la autovalía eventual se relacionaron de forma positiva con los problemas económicos y académicos (25). Rosenfield y Neese-Todd (25) también demostraron que los dominios específicos de la calidad de vida –satisfacción con el trabajo, la vivienda, la salud y los aspectos económicos– se asociaban tanto al autoestigma como a la autoestima. El autoestigma y la autoestima también se han asociado a la conducta de búsqueda de ayuda, un foco de investigación importante dadas sus implicaciones (26).

El efecto «por qué intentar» desarrolla adicionalmente la teoría de la estigmatización modificada al incluir otro mediador importante, que es la autoeficacia. La autoeficacia es un

concepto cognitivo que representa la confianza que tiene una persona en actuar satisfactoriamente en situaciones específicas (27). Está demostrado que una baja autoeficacia se asocia a la imposibilidad de buscar trabajo u oportunidades de vida independiente en las que, por lo demás, individuos con enfermedades mentales podrían tener éxito (12, 13, 18, 20, 25, 28, 29). Considérense las observaciones de dos estudios como ejemplos. En el primero, Carpinello y cols. (30) demostraron que las personas con enfermedades mentales con bajos grados de confianza en el control de diversas circunstancias relativas a su enfermedad mental fracasaron en intentos definidos por realizar las metas correspondientes. En segundo lugar, en un estudio de personas con discapacidades psiquiátricas importantes, se observó una vía entre estigma, eficacia y logro de metas (29). Los resultados demostraron que una medida de la autoestigma se asociaba a autoeficacia, la cual luego se correspondía con una baja calidad de vida, la variable sustitutiva de la meta.

La teoría de estigmatización modificada describe la consecuencia conductual de la devaluación; es decir, la persona puede evitar situaciones en las que públicamente se va a sentir no respetada a causa del autoestigma y la baja autoestima. Las consecuencias de la conducta en el modelo «por qué intentar» superan las nociones como la evitación social. Las personas que están de acuerdo con el estigma y lo aplican a sí mismas pueden sentirse no valiosas o bien incapaces para hacer frente a las exigencias de metas en la vida específicas. Se podría pensar que este tipo de creencias se origina a causa de que el individuo carece efectivamente de las habilidades sociales e instrumentales básicas para lograr una aspiración específica. Como alternativa, la falta de confianza puede reflejar dudas proyectadas al estar de acuerdo con estereotipos específicos y definirse a sí mismo en función de tales estereotipos. «¿Por qué debería intentar siquiera conseguir un trabajo? Alguien como yo –incompetente a causa de la enfermedad mental– no podría satisfacer con éxito las demandas inherentes al trabajo».

Los efectos del autoestigma sobre el propio sentido de autoestima también generan respuestas de «por qué intentar». Una persona que ha interiorizado estereotipos como «el enfermo mental no tiene ninguna valía por cuanto no puede ofrecer nada y sólo es un residuo de la sociedad», luchará por mantener un concepto positivo de sí mismo. La autoválía aquí es más que la clase de autoafirmaciones negativas que se observan en personas con síntomas de depresión. Está directamente vinculada con la aplicación de un estereotipo despectivo a uno mismo. «¿Por qué siquiera debería intentar vivir en forma independiente? Alguien como yo simplemente no merece la inversión para tener éxito».

No está claro si estos conceptos –autoestima y autoeficacia– se solapan considerablemente como componentes evaluativos del autoestigma o si tienen efectos independientes. Las observaciones de un estudio respaldaron lo último, es decir, que la autoestima y la autoeficacia se asociaba de manera independiente a la satisfacción en las metas económicas (15). Es concebible que una persona pueda sentirse eficaz en una determinada situación que no tiene ningún efecto sobre la autoestima. Un individuo puede sentirse seguro de obtener trabajo cada día pero sentir que esto no es una parte muy importante del trabajo; en consecuencia, estos efectos de eficacia tendrán poca repercusión en la autoestima (27).

HABILITACIÓN

Hasta este punto, el modelo de la autoestima y los conceptos psicológicos sociales describen fenómenos *negativos* que se originan a consecuencia del autoestigma. La habilitación personal es un fenómeno positivo paralelo concebido como un mediador entre el autoestigma y las conductas relativas al logro de metas. Los resultados de un análisis exploratorio de factores de 261 respuestas generaron cinco factores que describen el concepto (31-33). Cuatro de estos factores delimitan el contenido de la idea: potencia e impotencia; activismo social; enojo justificado en relación con la discriminación; y optimismo y control con respecto al futuro. Un quinto factor –una buena autoestima y autoeficacia– demuestra que la habilitación fija un extremo de la gama continua del autoestigma, y en el otro extremo la autoestima y la autoeficacia. Esto pone de manifiesto una paradoja fundamental que explica los dos extremos del fenómeno continuo (34). Algunas personas interiorizan el mensaje estigmatizado y sufren una disminución de la autoestima y una menor autoeficacia. Otras parecen revigorizarse por los mismos estereotipos y se habilitan como reacción a ellos (31, 35). Los individuos con este sentido de poder se sienten más seguros respecto a la búsqueda de metas individuales. También desempeñan un papel más activo en el tratamiento, trabajando en las intervenciones que satisfacen sus percepciones de fuerzas, debilidades y necesidades.

¿Qué evidencia hay de que la habilitación sea el anverso del autoestigma? Diversos estudios han analizado las correlaciones entre la habilitación y otras medidas psicosociales como la autoestima, la autoeficacia y los indicadores de esperanza y recuperación. Rogers y cols. (31) observaron que la habilitación se asociaba a alta autoestima, calidad de vida, apoyo social y satisfacción con los programas de ayuda mutua. En otro

estudio (35) se observó un vínculo de las autoorientaciones y las orientaciones sociales con la habilitación y la autoestima intacta. La autoorientación, además, se relacionó con el apoyo social y la calidad de vida. En un estudio sueco, la habilitación se asoció a calidad de vida, redes sociales intactas y excelente funcionamiento social (36). Además, la habilitación se relacionó con la mayor parte de los aspectos de la recuperación tras enfermedades mentales importantes (37, 38) y se correlacionó inversamente con un decremento de la autoestima a consecuencia del autoestigma y el aislamiento social después del ajuste con respecto a la depresión (20).

Dos factores parecen explicar por qué algunas personas responden al estigma con una baja autoestima en tanto que otros reaccionan con una indignación justificada (34). Las personas que ven el estereotipo que corresponde al autoestigma como *legítimo* sufren mayor daño en la autoestima y la autoeficacia. Los que no están de acuerdo con los estereotipos probablemente se muestren indiferentes o justificadamente iracundos en vez de aplicarse el autoestigma. La identidad de grupo también afecta a las reacciones al estigma. Se podría pensar que las personas que se identifican con grupos estigmatizados o bien que pertenecen a ellos, pueden interiorizar la negatividad dirigida a ese grupo y por tanto tener peores efectos del autoestigma. Sin embargo, la investigación muestra que los individuos que desarrollan una identidad positiva mediante la interacción con miembros de su grupo interno pueden adquirir autopercepciones más positivas (39, 40). Por consiguiente, tienen menos probabilidades de experimentar una disminución de la autoestima y de la autoeficacia.

LOGRO DE METAS E INTERVENCIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA

Hasta ahora, la figura 1 enmarca el logro de metas de una manera muy simplista, como un desenlace directo de una menor autoestima y autoeficacia o de una mejor habilitación. En este modelo no se incluye la repercusión concomitante de los servicios que, basados en investigaciones suficientes, cabe esperar faciliten muchas metas. Sin embargo, el autoestigma también probablemente tiene una repercusión en las intervenciones basadas en la evidencia. La investigación realizada en diversas disciplinas relacionadas con la salud mental han definido las prioridades basadas en la evidencia, entre ellas la psiquiatría (41, 42), el trabajo social (43) y la psicología (44). Las intervenciones en los adultos con enfermedades mentales que han subsistido a los análisis rigurosos son el empleo de fármacos, el tratamiento social afirmativo (que ayuda a las personas con discapacidades psiquiátricas a vivir de manera independiente) (45), el empleo y la educación respaldados (proporcionan a la persona los recursos básicos y el apoyo de manera que pueda obtener o conservar el trabajo o lograr las metas educativas) (46) y la psicoeducación familiar y el apoyo (ayudar a los familiares a implementar los métodos que disminuyen las interacciones estresantes entre los familiares) (47). Las intervenciones basadas en la evidencia también comprenden el tratamiento integrado para el diagnóstico dual de las enfermedades mentales y la toxicomanía (48, 49).

¿Cómo podría el estigma intervenir en las ideas planteadas en la figura 1? El «por qué intentar» explica una vez más con

más detalle la teoría de la estigmatización modificada al describir los efectos de la baja autoestima y la autoeficacia sobre la participación en los servicios (26). «¿Por qué debería intentar la rehabilitación laboral? No puedo participar en esta clase de servicio» «¿Por qué debería procurar educarme? Alguien como yo no merece tal meta». Asimismo, la habilitación mejora la utilización del servicio y el logro de las metas. Las personas que determinan sus propias metas y que seleccionan por sí mismas las oportunidades que les brinda la vida como resultado, probablemente tienen más energía y son más optimistas con respecto a su tratamiento y aspiraciones personales. Los servicios colaborativos y autodirigidos apoyan la habilitación y fomentan el alcance de las metas (50).

ABORDAJE DEL EFECTO «POR QUÉ INTENTAR» MEDIANTE EL CUESTIONAMIENTO DEL AUTOESTIGMA

Los defensores han reconocido durante mucho tiempo los efectos perniciosos del estigma y han comenzado a idear estrategias destinadas a contrarrestarlos. Luego, los investigadores se han asociado a los defensores para evaluar la repercusión de estrategias específicas. El modelo «por qué intentar» que aquí se bosqueja es asimismo un método de investigación útil para identificar y después evaluar los enfoques en la modificación del autoestigma.

La habilitación es un mecanismo muy relevante e importante para el cambio por cuanto prescribe lo que «podría hacerse» para influir en las metas, en vez de lo que «no debe hacerse» para lograr estas metas. Esta clase de enfoque afirmativo para la modificación de la conducta suele ser más eficaz que un enfoque en el cambio basado en la disfunción (27). Aquí la meta no es eliminar el estigma, sino más bien fomentar la habilitación que favorece la búsqueda de metas en la vida y la participación en intervenciones basadas en la evidencia relacionadas con estas metas. La investigación ha comenzado a analizar estrategias e intervenciones que facilitan de esta manera la habilitación (51, 52). Aquí se describen algunos ejemplos.

Servicios operados por el usuario

La habilitación configura una parte central en los servicios operados por el usuario y su relación con estos servicios es compleja y recurrente. Los componentes de los servicios operados por el usuario tienen una relevancia evidente en la habilitación y el efecto «por qué intentar». El *principio colaborador* representa las relaciones entre los miembros sin ningún sentido de jerarquía. Como compañeros, nadie es visto como subordinado y a todos se les estimula para que participen en el servicio operado por el usuario en las formas que mejor satisfagan sus necesidades e intereses. En relación con esta perspectiva está el *principio cooperador*. Los individuos como cooperadores brindan ayuda, comparten con sus compañeros las estrategias y los recursos que les han resultado útiles para abordar las metas en la vida obstaculizadas por la enfermedad mental. Estas clases de experiencias favorecen la autoeficacia de la persona; se recuerda al individuo que es competente en muchas situaciones sociales de importancia gracias a su experiencia vital. El principio cooperador también aumenta la autoestima; la per-

sona tiene experiencias satisfactorias que aumentan su sentido de valía en la sociedad.

Los servicios operados por el usuario suelen asumir uno de estos tres tipos (53). El primero es el de los *centros de visita sin aviso* (54, 55). Estas clases de programas ofrecen procedimientos que permiten a las personas con enfermedades mentales presentarse e irse sin los riesgos ni las exigencias de los servicios externos más tradicionales. Un segundo tipo de servicios operados por el usuario es el de los *servicios de apoyo y tutoría por compañeros* (56, 57). Uno de estos ejemplos es GROW, que se ha ideado como un programa de 12 pasos por escrito que sirve de guía a los integrantes a través de las diversas «etapas del camino a la recuperación». El tercer tipo de servicios operados por el usuario es el de los *programas educativos* que pretenden enseñar a los participantes las destrezas sociales y de adaptación básicas que se necesitan para el éxito personal (58). Estas clases de programas a menudo tienen un enfoque especial en la defensa, en las habilidades que necesitan las personas incidir en su plan de servicios individual y en las características de los servicios en su localidad (59). En general, la investigación ha demostrado que en EE. UU. han proliferado las diferentes clases de servicios operados por el usuario y en una encuesta nacional reciente se identificaron 7.467 ejemplos individuales (60).

Identidad de grupo

Según se señaló antes en este artículo, otra forma de influir en el autoestigma y el efecto «por qué intentar» es a través de una identidad de grupo. Las personas participan en actividades que directamente implican su identidad de grupo en la vida cotidiana, por ejemplo, participan en grupos de tratamiento, de ayuda mutua o en actividades en defensa de la salud mental. En un estudio reciente (21) se observó una correlación positiva entre la identificación de grupo y la autoeficacia en personas con enfermedades mentales. El mismo estudio no demostró tal correlación con la autoestima. Sin embargo, éstas son relaciones complejas. En otro estudio (61), la identidad de grupo no predijo la autoestima o la habilitación después del ajuste con respecto a la depresión, pero se interrelacionó negativamente con la autoestima.

Los datos derivados de otras investigaciones psicológicas sociales respaldan la idea de que la identificación de grupo puede ser una espada de doble filo, en este caso, para los miembros de las minorías étnicas estigmatizadas (62). En un estudio (33), a mujeres que recibieron retroalimentación negativa sobre un discurso por parte de un evaluador del género masculino, después se les informó que el evaluador era sexista o no sexista. Las mujeres con una escasa identidad de género demostraron una mayor autoestima en la circunstancia sexista, por cuanto pudieron atribuir la retroalimentación negativa al sexismo de su evaluador. Sin embargo, esto no ayudó a las mujeres muy identificadas con el género sexual, quienes demostraron escasa autoestima en las dos circunstancias. Por tanto, cuando la identidad social es un aspecto central de un autoconcepto, los individuos parecen volverse más vulnerables a las amenazas de estigmatización relativas a esta identidad de grupo. En un segundo estudio (33), estudiantes latinoamericanos fueron

expuestos de forma aleatoria bien a un texto que describía el prejuicio dominante contra su grupo, o bien a un artículo de control. En el grupo de control, la identificación étnica inicial de grupo se relacionó positivamente con la autoestima. Sin embargo, en el grupo que experimentó la amenaza de estigmatización, la identificación de grupo se asoció al afecto deprimido y a una baja autoestima.

Diferentes razones podrían explicar estas contradicciones evidentes. Si las personas se identifican con el grupo al que pertenecen y al mismo tiempo lo tienen en gran estima, es probable que la identificación de grupo se asocie a una alta autoestima. Por lo contrario, si un individuo tiene un punto de vista negativo de su grupo, una fuerte identificación de grupo puede llevarle a una menor autoestima. Estos puntos de vista positivos y negativos pueden reflejar una legitimidad percibida (61). Por lo que respecta a reducir la autoestima y la habilitación en las personas con enfermedades mentales, es importante entonces reconocer los riesgos de identificarse con un grupo exclusivista evaluado en forma negativa. Más bien, la meta sería construir una identidad de grupo positiva. Sólo esta última probablemente ayudará a los individuos a superar el autoestigma.

Aceptación y reconocimiento público de la enfermedad

Muchas personas con trastornos psiquiátricos importantes optan por evitar el autoestigma, para disminuir así el efecto «por qué intentar», manteniendo en secreto el padecimiento de su enfermedad mental y el tratamiento correspondiente. El optar por participar en los servicios operados por el usuario presupone una decisión personal de aceptar públicamente la propia enfermedad mental (64). Ésta puede ser una decisión restringida que sólo permita a un puñado de personas del servicio operado por el usuario conocer los propios antecedentes. Por lo contrario, puede ser un pequeño paso para reconocer ante todos que se tiene una enfermedad mental importante y se da a conocer las experiencias derivadas de ello. Obsérvese que la aceptación pública puede no sólo incluir el revelar las propias experiencias personales con la enfermedad mental, sino también los encuentros con el sistema de tratamiento. El saber que alguien toma una «pastilla por una enfermedad mental» puede ser tan estigmatizante como el saber que la persona a veces se deprime.

Las ventajas y desventajas de hacer pública la enfermedad varían según las metas y las decisiones personales. Por consiguiente, sólo las personas que afrontan estas decisiones pueden analizar las desventajas, las ventajas y las implicaciones. Las desventajas destacadas del reconocimiento público comprenden la desaprobación por compañeros de trabajo, vecinos, feligreses y otras personas cuando se percatan de que el individuo tiene un antecedente psiquiátrico. Esta desaprobación, a su vez, lleva a una evitación social. Las ventajas comprenden la sensación de bienestar que se obtiene cuando la persona ya no siente que está oculta. Esto no es una lista exhaustiva; es probable que las personas identifiquen más consecuencias al analizar en forma individual los pros y los contras.

El hacer pública la enfermedad no es una decisión tan extremista basándose en la suposición de que la persona sea o no sea identificada. De hecho, las decisiones para darse a conocer

pueden abordarse mediante diversas opciones. En un estudio etnográfico de 146 personas con enfermedades mentales, Herman (64) identificó varias formas específicas en las cuales las personas podrían darse a conocer. Basándose en otras investigaciones cualitativas con defensores de la salud mental (65, 66), su investigación resumió cuatro niveles de revelación.

En el nivel más extremo, los individuos pueden mantenerse ocultos a través de la *evitación social*. Esto significa mantenerse alejado de situaciones en las que los demás pueden descubrir la propia enfermedad mental. En cambio, sólo se relacionan con otras personas que tienen enfermedades mentales. Un segundo grupo puede optar por no evitar las situaciones sociales pero en cambio mantener secretas sus experiencias con respecto a agentes clave. Cuando se opta por la revelación selectiva, las personas distinguen a un grupo de otros, a los cuales se revela información privada por contraposición a un grupo ante el cual se mantiene secreta la información. Los individuos con enfermedades mentales pueden hablar a sus compañeros de trabajo de sus discapacidades pero optar por no hacer revelaciones de este tipo a los vecinos. Aunque la revelación selectiva puede tener sus ventajas, como un aumento de los compañeros de apoyo, sigue siendo un secreto que podría representar una fuente de vergüenza (20). Las personas que optan por una revelación no selectiva hacen caso omiso del secreto. Optan por descartar cualquiera de las consecuencias negativas de que los demás descubran su enfermedad mental. Por consiguiente, no hacen ningún esfuerzo voluntario por tratar de ocultar sus antecedentes de salud mental y experiencias. La *transmisión* de la propia experiencia significa informar a las personas de manera voluntaria y estratégica sobre la salud mental. La meta en este caso es hacer que los demás conozcan los antecedentes y las experiencias actuales con la enfermedad mental. El transmitir esta información conlleva ventajas adicionales en comparación con la revelación no selectiva. Es decir, fomenta un sentido de poder con respecto a la experiencia de la enfermedad mental y el estigma.

CONCLUSIONES

El concepto «por qué intentar» es complejo y se ha definido aquí en lo referente a sus procesos interactivos. Comienza como la reacción personal a los estereotipos de las enfermedades mentales; las personas que de alguna manera interiorizan estas actitudes. La profundidad del autoestigma depende de si las personas se dan cuenta de estas actitudes y están de acuerdo con ellas y luego aplican los estereotipos a sí mismas. Tales aplicaciones a su persona minan el sentido de autoestima y autoeficacia de la persona. Estos tipos de devaluaciones no fomentan la búsqueda de la persona de conductas relacionadas con sus metas en la vida.

En consecuencia, las personas con enfermedades mentales deciden no aprovechar oportunidades que podrían mejorar el trabajo, la vivienda y otras aspiraciones personales. El «por qué intentar» también es útil para comprender de qué manera la falta de disposición a obtener servicios de salud mental afecta a las oportunidades en la vida.

Como alternativa, las reacciones al estigma pueden evocar una habilitación personal, la autoafirmación de que estos este-

reotipos no van a impedir la consecución de metas definidas por el individuo. En general, estos modelos de autoestigma son fructíferos para comprender las estrategias de cambio destinadas a disminuir las repercusiones del estigma. Más específicamente, los principios de la habilitación recomiendan cambios a la persona y al sistema de salud mental que combatan el autoestigma y favorezcan el logro de metas. Éstos comprenden los servicios operados por el usuario que favorecen el desarrollo de la identidad personal con compañeros que tienen enfermedades mentales. También comprenden decisiones explícitas con respecto a hacer pública la enfermedad.

Agradecimientos

Nicolas Rüsç recibió el apoyo de una Marie Curie Outgoing International Fellowship de la Unión Europea.

Bibliografía

- President's New Freedom Commission on Mental Health. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Washington: US Government Printing Office, 2003.
- United States Surgeon General. Mental health: a report of the Surgeon General. Washington: US Department of Health and Human Services, 1999.
- United States Department of Labor. Rehabilitation act amendments (PL 105-220). Washington: US Department of Labor, 1998.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA action plan: mental health systems transformation. Washington: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006.
- Major B, O'Brien LT. The social psychology of stigma. *Ann Rev Psychol* 2005;56:393-421.
- Corrigan PW, Kleinlein P. The impact of mental illness stigma. In: Corrigan PW (ed). On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change. Washington: American Psychological Association, 2005:11-44.
- World Psychiatry 8:2 - June 2009 7. Rüsç N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry* 2005;20:529-39.
- Devine PG. Prejudice and out-group perception. In: Tesser A (ed). Advanced social psychology. New York: McGraw-Hill, 1995:467-524.
- Hilton JL, von Hippel W. Stereotypes. *Ann Rev Psychol* 1996;47:237-71.
- Crocker J, Major B, Steele C. Social stigma. In: Gilbert DT, Fiske ST (eds). The handbook of social psychology, Vol. 2 (4th ed.). New York: McGraw-Hill, 1998:504-53.
- Corrigan PW. On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change. Washington: American Psychological Association, 2005.
- Link BG. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *Am Soc Rev* 1987;52:96-112.
- Link BG. Mental patient status, work, and income: an examination of the effects of a psychiatric label. *Am Soc Rev* 1982;47:202-15.
- Link BG, Cullen FT, Frank J et al. The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter. *Am J Soc* 1987; 92:1461-500.
- Markowitz FE. The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *J Health Soc Behav* 1998;39:335-47.
- Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res* 2003;121:31-49.
- Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res* 2004;129:257-65.
- Rosenfield S. Labeling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *Am Soc Rev* 1997; 62:660-72.
- Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. *J Soc Clin Psychol* 2006;25:875-84.
- Rüsç N, Hölzer A, Hermann C et al. Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *J Nerv Ment Dis* 2006;194:766-73.
- Watson AC, Corrigan PW, Larson JE et al. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophr Bull* 2007;33:1312-8.
- Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1963.
- Markowitz FE. Modeling processes in recovery from mental illness: relationships between symptoms, life satisfaction, and self-concept. *J Health Soc Behav* 2001;42:64-79.
- Owens TJ. Two dimensions of self-esteem: reciprocal effects of positive self-worth and self-deprecation on adolescent problems. *Am Soc Rev* 1994;59:391-407.
- Rosenfield S, Neese-Todd S. Why model programs work: factors predicting the subjective quality of life of the chronic mentally ill. *Hosp Commun Psychiatry* 1993;44:76-8.
- Vogel DL, Wade NG, Haake S. Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *J Couns Psychol* 2006;53:325-37.
- Bandura A. The anatomy of stages of change. *Am J Health Prom* 1997;12:8-10.
- Gecas V. The social psychology of self-efficacy. *Ann Rev Soc* 1989; 15:291-316.
- Vauth R, Kleim B, Wirtz M et al. Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2007;150:71-80.
- Carpinello SE, Knight E, Markowitz FE et al. The development of the Mental Health Confidence Scale: a measure of self-efficacy in individuals diagnosed with mental disorders. *Psychiatr Rehab J* 2000;23:236-43.
- Rogers ES, Chamberlin J, Ellison ML et al. A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatr Serv* 1997;48:1042-7.
- Corrigan PW. Empowerment and serious mental illness: treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatr Quart* 2002; 73:217-28.
- Nelson G, Lord J, Ochocka J. Empowerment and mental health in community: narratives of psychiatric consumer/survivors. *J Comm App Soc Psychol* 2001;11:125-42.
- Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clin Psychol: Sci Pract* 2002;9:35-53.
- Corrigan PW, Faber D, Rashid F. The construct validity of empowerment among consumers of mental health services. *Schizophr Res* 1999;38:77-84.
- Hansson L, Björkman T. Empowerment in people with a mental illness: reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale. *Scand J Caring Sci* 2005;19:32-8.

37. Corrigan PW, Salzer M, Ralph RO et al. Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophr Bull* 2004;30: 1035-41.
38. Corrigan PW, Gifford D, Rashid F et al. Recovery as a psychological construct. *Commun Ment Health J* 1999;35:231-9.
39. Porter JR, Washington RE. Minority identity and self-esteem. *Ann Rev Soc* 1993;19:139-61.
40. Frable DES, Wortman C, Joseph J. Predicting self-esteem, well-being, and distress in a cohort of gay men: the importance of cultural stigma, personal visibility, community networks, and positive identity. *J Personal* 1997;65:599-624.
41. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders: Compendium 2006. Washington: American Psychiatric Association, 2006.
42. Corrigan PW, Mueser KT, Bond GR. Principles and practice of psychiatric rehabilitation: an empirical approach. New York: Guilford, 2008.
43. Gibbs L, Gambrill E. Evidence-based practice: counterarguments to objections. *Res Soc Work Pract* 2002;12:452-76.
44. American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-based practice in psychology. *Am Psychol* 2006;61:271-85.
45. Salyers MP, Tsemberis S. ACT and recovery: integrating evidence-based practice and recovery orientation on assertive community treatment teams. *Commun Ment Health J* 2007;43:619-41.
46. Bond GR, Becker DR, Drake RE et al. Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatr Serv* 2001; 52:313-22.
47. Dixon L, McFarlane WR, Lefley H et al. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv* 2001;52:903-10.
48. Drake RE, Essock SM, Shaner A et al. Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2001;52:469-76.
49. Drake RE, Mueser KT, Brunette MF. Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders: program implications. *World Psychiatry* 2007;6:131-6.
50. Adams JR, Drake RE. Shared decision-making and evidence-based practice. *Commun Ment Health J* 2006;42:87-105.
51. Corrigan PW. Guidelines for enhancing personal empowerment of people with psychiatric disabilities. *Am Rehab* 2004;Autumn:10-21.
52. Corrigan PW, Garman AN. Considerations for research on consumer empowerment and psychosocial interventions. *Psychiatr Serv* 1997;48:347-52.
53. Clay S, Schell B, Corrigan PW et al. On our own, together: peer programs for people with mental illness. Nashville: Vanderbilt University Press, 2005.
54. Schell B. Mental Health Client Action Network (MHCAN), Santa Cruz, California. In: Clay S, Schell B, Corrigan PW et al (eds). On our own, together: peer programs for people with mental illness. Nashville: Vanderbilt University Press, 2005:67-91.
55. Elkanich JM. Portland Coalition for the Psychiatrically Labeled. In: Clay S, Schell B, Corrigan PW (eds). On our own, together: peer programs for people with mental illness. Nashville: Vanderbilt University Press, 2005:92-107.
56. Keck L, Mussey C. GROW In Illinois. In: Clay S, Schell B, Corrigan PW et al (eds). On our own, together: peer programs for people with mental illness. Nashville: Vanderbilt University Press, 2005:141-58.
57. Whitecraft J, Scott J, Rogers J et al. The Friends Connection, Philadelphia, Pennsylvania. In: Clay S, Schell B, Corrigan PW et al (eds). On our own, together: peer programs for people with mental illness. Nashville: Vanderbilt University Press, 2005:159-76.
58. Hix L. BRIDGES in Tennessee: Building recovery of individual dreams and goals through education and support. In: Clay S, Schell B, Corrigan PW et al (eds). On our own, together: peer programs for people with mental illness. Nashville: Vanderbilt University Press, 2005:197-209.
59. Sangster Y. Advocacy Unlimited, Inc., Connecticut. In: Clay S, Schell B, Corrigan PW et al (eds). On our own, together: peer programs for people with mental illness. Nashville: Vanderbilt University Press, 2005:179-96.
60. Goldstrom ID, Campbell J, Rogers JA et al. National estimates for mental health mutual support groups, self-help organizations, and consumer-operated services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, Special Issue: Depression in Primary Care* 2006;33:92-103.
61. Rüsç N, Lieb K, Bohus M et al. Self-stigma, empowerment, and perceived legitimacy of discrimination among women with mental illness. *Psychiatr Serv* 2006;57:399-402.
62. Major B. New perspectives on stigma and psychological well-being. In: Levin S, van Laar C (eds). Stigma and group inequality: social psychological perspectives. Philadelphia: Lawrence Erlbaum, 2006:193-210.
63. McCoy SK, Major B. Group identification moderates emotional responses to perceived prejudice. *Pers Soc Psychol Bull* 2003;29: 1005-17.
64. Herman NJ. Return to sender: reintegrative stigma-management strategies of ex-psychiatric patients. *J Contemp Ethnography* 1993; 22:295-330.
65. Corrigan PW, Lundin R. Don't call me nuts! Coping with the stigma of mental illness. Chicago: Recovery Press, 2001.
66. Corrigan PW, Matthews AK. Stigma and disclosure: implications for coming out of the closet. *J Ment Health* 2003;12:235-48.

¿Qué es la «alteración funcional»? Esclarecimiento de la discapacidad en el criterio «de importancia clínica»

BEDIRHAN ÜSTÜN¹, CILLE KENNEDY²

¹Classifications, Terminologies and Standards, World Health Organization, Geneva, Switzerland

²Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, Office of Health Policy, Department of Health and Human Services, Washington, DC, USA

La formulación de la discapacidad (o «alteración funcional») en la actualidad no está funcionalizada en la ICD o en el DSM. En el sistema del DSM, el establecer un diagnóstico depende de una evaluación conjunta de los síntomas y el funcionamiento, en tanto que la ICD mantiene el concepto de la discapacidad separado del diagnóstico de los trastornos mentales. Necesitamos una conceptualización internacionalmente acordada entre la ICD y el DSM por lo que respecta a una mejor funcionalización de la enfermedad y los componentes de la discapacidad. Ningún funcionamiento o discapacidad deberían aparecer como parte del umbral para el diagnóstico en cualquiera de los dos sistemas.

Palabras clave: Discapacidad, alteración funcional, gravedad, diagnóstico, ICD, DSM, ICF.

(*World Psychiatry* 2009;8:82-85)

Cuando se añadió la «discapacidad» a los indicadores de la salud pública, que tradicionalmente se habían centrado en la mortalidad, tuvo un «efecto cenicienta» sobre los trastornos mentales.

Estos trastornos nunca se habían puesto en las listas de prioridades de la salud pública. Sin embargo, cuando se incorporó en la ecuación la «discapacidad», como fue el caso de los años de vida ajustados con respecto a la discapacidad (AVAD), los trastornos mentales ocuparon una categoría tan alta como las enfermedades cardiovasculares y las respiratorias, superando a todas las neoplasias malignas combinadas, o a la infección por VIH (1). Utilizando los AVAD, el estudio Morbilidad Global de las Enfermedades reveló la verdadera magnitud de la repercusión de los problemas de salud mental, por tanto tiempo subestimados, a causa de la discapacidad que producen (2).

La discapacidad en los trastornos mentales es un hecho bien conocido por muchos médicos, autoridades sanitarias e investigadores, lo mismo que por cuidadores y personas con enfermedades mentales. Sin embargo, la forma, la frecuencia y los desenlaces de las discapacidades en los trastornos mentales no están bien definidos ni estudiados científicamente. Asimismo, su empleo en la formulación de los diagnósticos de los trastornos mentales no está claro y es contradictorio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Ame-

rican Psychiatric Association (APA) utilizan el concepto de la discapacidad de manera muy diferente en sus sistemas de clasificación. Sin prestar atención al funcionamiento y las discapacidades, las ediciones actuales de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD) de la OMS (3) y del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) (4) perpetuarán las divergencias en el diagnóstico de los trastornos mentales. Esto tendría el potencial de confundir la investigación internacional y la asistencia clínica.

En este artículo nos proponemos definir la discapacidad por lo que respecta a su funcionalización y distinguirla del proceso patológico en el diagnóstico de los trastornos mentales tanto en el sistema de la ICD como en el del DSM.

FORMULACIÓN DIFERENTE DE LA DISCAPACIDAD EN LA ICD Y EL DSM

La compatibilidad de la ICD y el DSM ya se establecía como meta del DSM-II en 1968. Desde entonces, se han desarrolla-

do en forma paralela las dos clasificaciones diagnósticas. En 1980, el DSM-III fue un avance revolucionario en la funcionalización de los criterios diagnósticos para los trastornos mentales, un cometido que había iniciado Stengel ya en 1959 (5) y que luego fue adoptado en la producción del DSM-IV y la ICD-10. Si bien la fenomenología de los trastornos mentales se definió funcionalmente de acuerdo con un consenso de expertos, no ocurrió lo mismo con la formulación de la discapacidad («alteración funcional») en el lenguaje del DSM. Se incluyó en el criterio «de importancia clínica» del DSM, dejándolo abierto a la discreción de los médicos.

Como se muestra en la Tabla 1, el DSM, a diferencia del sistema de la ICD, hace de la «importancia clínica» una parte explícita de los criterios para establecer un diagnóstico. La importancia clínica tiene dos componentes principales: tribulación y «alteración funcional». La tribulación es manifestada por el sujeto o sus allegados en términos de preocupación, ansiedad, sufrimiento por el trastorno. A veces puede no expresarse o puede ne-

Tabla 1. Funcionalización del diagnóstico en la ICD y el DSM

ICD	DSM
Fenomenología específica	Fenomenología específica
Signos y síntomas	Signos y síntomas
No es necesaria la importancia clínica (definición funcionalizada de la discapacidad en la ICF)	Importancia clínica (discapacidad y sufrimiento)
Reglas de exclusión	Reglas de exclusión

garse explícitamente. La alteración funcional designa las limitaciones debidas a la enfermedad, ya que las personas con una enfermedad pueden no llevar a cabo determinadas funciones en sus vidas cotidianas. Equiparamos operativamente el concepto «alteración funcional» al de la «discapacidad» en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (ICF) de la OMS (6).

DIFERENCIAS DE TERMINOLOGÍA EN TORNO AL MISMO CONCEPTO

El término «alteración funcional» del DSM no se define específicamente. Se utiliza para referirse a las limitaciones en los ámbitos social y laboral de la vida. El DSM-IV-TR también designa «otras áreas importantes del funcionamiento», pero no las identifica.

La ICF no utiliza el término «alteración funcional». En esta clasificación, el término «funcionamiento» es neutral y abarca todas las funciones corporales, actividades y participación en situaciones de la vida. El término «discapacidad» designa los decrementos de estas funciones, que se conocen al nivel corporal como alteraciones, al nivel de la persona como limitaciones de las actividades y al nivel social como restricción de la participación.

El uso de «alteración funcional» del DSM puede considerarse que designa en su mayor parte «la discapacidad» de la ICF, o la limitación de las actividades, de una manera más restringida. El funcionamiento social en el DSM incluiría las interacciones y relaciones interpersonales en la ICF, pero también puede comprender algunos de los aspectos concernientes a la participación en la sociedad, la vida social y cívica. El funcionamiento ocupacional en el DSM comprendería las actividades enumeradas bajo las categorías de trabajo y empleo en la ICF.

Para evitar una confusión, es útil observar que la alteración de las funciones mentales en la ICF por lo general corresponde a lo que se conoce como signos y síntomas de los trastornos mentales (p. ej., consciencia, orientación, energía, sueño, atención, memoria y emociones).

LOS ASPECTOS DIFERENTES DEL FUNCIONAMIENTO EN EL DSM

Hay tres formas importantes en las cuales se utilizan los decrementos del

funcionamiento en el DSM-IV-TR. La primera se denomina «alteración funcional», que se describe como disfunción en los ámbitos social y laboral, como se indicó antes. Se utiliza alteración funcional como un criterio que debe cumplirse para poder establecer un diagnóstico. Aunque nunca se ha señalado directamente, el criterio funcional en el DSM implica que un trastorno mental debe asociarse a otra aflicción o discapacidad. Como tal, ayuda a establecer el «umbral para el diagnóstico del trastorno» (4). No se formula ninguna directriz para determinar el grado de discapacidad que constituiría la contribución al umbral para el diagnóstico. Queda sujeto a criterio clínico del usuario, lo cual se contrapone al método operacional básico del DSM.

La segunda forma en que se utilizan las funciones es para determinar el grado de gravedad del trastorno diagnosticado. Los tres grados de gravedad (leve, moderado y grave) comprenden tanto síntomas como «alteraciones del funcionamiento social y laboral». La determinación del grado de gravedad es un criterio clínico. Por ejemplo, la directriz del DSM-IV-TR para el grado «leve» o «grave» comprende «escasos» o «muchos» síntomas por encima del número necesario o bien «alteraciones leves» o «intensas» del funcionamiento social o laboral. El grado «moderado» es intermedio. Los criterios para los trastornos afectivos son un poco más explícitos. Se señalan especificaciones para la discapacidad leve y grave en el episodio depresivo mayor. La discapacidad leve se describe como «discapacidad leve o la capacidad para funcionar normalmente pero con un esfuerzo sustantivo y extraordinario» (4). La discapacidad grave se caracteriza como «discapacidad evidente y observable (p. ej., incapacidad para trabajar o atender niños)» (4). Los criterios para otros trastornos afectivos señalan diferentes ámbitos de discapacidad, como actividades sociales y la necesidad de supervisión, en los que el grado de supervisión proporciona una especificación de la gravedad (4).

La tercera manera en que se utilizan las funciones es para la planificación del tratamiento, el seguimiento de la evolución clínica y la predicción del resultado del tratamiento. La Evaluación Global del Funcionamiento (EGF) es una escala de 100 puntos que se utiliza para evaluar

los síntomas (es decir, parte del concepto de enfermedad) y el funcionamiento psicológico, social o laboral (es decir, parte del concepto de discapacidad). Por consiguiente, en la estructura de la EGF, los conceptos de enfermedad y discapacidad se confunden entre sí. Esta mezcla no permite una medición funcional separada de la discapacidad.

En resumen, en el sistema del DSM, el establecer un diagnóstico (y determinar su grado de gravedad) depende de una evaluación conjunta de los síntomas y el funcionamiento. Nunca se valoran por separado estos conceptos.

EL FUNCIONAMIENTO EN LA ICD

El capítulo 5 de la ICD mantiene el concepto de la discapacidad separado del diagnóstico de los trastornos mentales. La discapacidad es un fenómeno distinto que se evalúa por separado en un esquema de clasificación diferente, la ICF, como un miembro complementario de la familia de clasificaciones de la OMS. La información sobre el funcionamiento y la discapacidad que comprende la ICF enriquece la información diagnóstica en la ICD, proporcionando un cuadro más amplio y significativo de la salud del paciente, que se puede utilizar para mejores decisiones de tratamiento. Esta evaluación separada también permite estudiar la relación entre el trastorno y la discapacidad mediante métodos científicos.

No obstante, las dificultades del funcionamiento de una persona a veces se incluyen en la clasificación de los trastornos mentales de la ICD. Por ejemplo, los decrementos del funcionamiento, como son una autoasistencia y un desempeño social deficientes, se incluyen como parte de la restricción de los síntomas negativos en la esquizofrenia residual (F20.5). En este contexto, es útil advertir que los esfuerzos de revisión de la ICD específicamente analizarán los criterios diagnósticos para distinguir nítidamente los conceptos de enfermedad y de discapacidad.

¿CÓMO DIFERENCIAR LA DISCAPACIDAD Y LA GRAVEDAD?

El aspecto de la discapacidad se confunde por la definición de la gravedad en los trastornos mentales. Por lo general existe una correlación positiva entre la

gravedad de una enfermedad y la discapacidad consecutiva; de ahí que sea fácil caer en esta trampa. Si no se toman salvaguardas conceptuales para distinguir la gravedad de un trastorno mental de las limitaciones funcionales que pueden sobrevenir, no es posible estudiar la interacción entre los dos. Teóricamente, la gravedad de una enfermedad depende de su aparición, diseminación o de la intensidad de la disfunción que produce en los sistemas corporales. La discapacidad es un desenlace de la enfermedad subyacente en un determinado entorno, que tiene que ver con lo que las personas pueden hacer por lo que respecta a las actividades. Por ejemplo, la gravedad de la tuberculosis depende de factores como la virulencia de las bacterias, o la diseminación de la enfermedad en el organismo, en tanto que la discapacidad depende de si el paciente con tuberculosis puede trabajar, ir a la escuela o llevar a cabo otras actividades cotidianas.

La gravedad de un trastorno mental no siempre está clara y operativamente definida en el DSM y lamentablemente se confunde con una combinación de la constelación de síntomas del trastorno y las limitaciones del funcionamiento social o laboral. Por ejemplo, el DSM-IV-TR de manera explícita señala que el grado de gravedad de un trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar I debería codificarse en el quinto dígito. Los tres grados de gravedad definidos en el DSM-IV-TR, como se indicó antes, son: leve (escasos síntomas, si acaso, más que los necesarios para establecer el diagnóstico y *los síntomas no producen más de una alteración leve del funcionamiento social o laboral*); moderado (síntomas o alteración funcional entre «leve» y «grave»); grave (muchos síntomas más que los necesarios para establecer el diagnóstico o varios síntomas que son muy graves o *los síntomas producen alteraciones intensas en el funcionamiento social o el laboral*) (4).

Si se pretende aplicar un concepto de enfermedad similar a las enfermedades tanto mentales como a las físicas, deberían explorarse otras formas de formular la gravedad del trastorno mental. Por ejemplo, la gravedad de una enfermedad o un trastorno físico puede concebirse de diferentes formas: a) diversos umbrales para un indicador (como hipertensión leve, moderada o grave en función de las cifras de presión arterial; b) estadificación de la evolución o

de la diseminación de una enfermedad (p. ej., etapa 1, 2, 3 de la sífilis; clasificación de los tumores de acuerdo con su etapa de desarrollo); c) grado de complicaciones (como en la diabetes mellitus latente, manifiesta y complicada).

Puede haber otros modelos o modelos mixtos de gravedad de la enfermedad. Sin embargo, las consecuencias por lo que respecta a lo que un paciente tiene dificultades para realizar es un concepto diferente de la gravedad de la enfermedad y se ha evaluado por separado. Diversas formas de enfermedades suelen producir más discapacidad. Sin embargo, ésta surge de una interacción entre la persona y el entorno. Dependiendo del contexto, puede no haber discapacidad en una enfermedad grave o algo de discapacidad en formas muy leves de los trastornos mentales. Para abordar esta relación confusa, se tienen que funcionalizar distintos conceptos de trastornos/enfermedad y discapacidad (7-9).

HACIA UNA PROPUESTA PARA UNA FORMULACIÓN ARMONIZADA DE LA DISCAPACIDAD EN LA ICD Y EL DSM

En la actualidad existen dos problemas básicos que exigen una solución: a) la gravedad de los síntomas (para evaluar lo grave de múltiples síntomas, el DSM requiere la evaluación del funcionamiento en una forma combinada; en cambio, el sistema de la ICD no requiere evaluaciones de funcionamiento o de la

discapacidad para evaluar la gravedad de los síntomas); d) significación clínica de los síndromes (el DSM utiliza una combinación de discapacidad-alteración funcional asociada como un requisito para el diagnóstico del trastorno mental; la ICD no tiene este criterio y deja esta área a la ICF, que describe de qué manera se puede evaluar el funcionamiento utilizando calificativos que connotan el grado del problema).

El DSM-V y la ICD-11 se pueden volver compatibles si se permite una evaluación operacional separada de la discapacidad a través de la escala de la EGF del DSM y los instrumentos de evaluación ligados a la ICF, como el esquema de evaluación de la discapacidad de la OMS (WHODAS, 10).

La interrogante clave es cómo funcionalizar los conceptos de la ICF de una manera sucinta y clínicamente pertinente. Varias herramientas de evaluación basadas en este sistema de clasificación pueden ayudar a identificar áreas clave de funcionamiento, por ejemplo, la Lista de Control de la ICF constituye la base de un instrumento de evaluación clínica, que comprende los dominios de cognición, comunicación, movilidad, autoasistencia, relaciones interpersonales, actividades de la vida doméstica y laboral y vida comunitaria, social y cívica. Cuando se codifican estos dominios como «presentes», los decrementos pueden evaluarse como leves, moderados, graves, o puede sumarse el número total de los apartados, pero la escala no necesaria-

Tabla 2. Dominios de funcionamiento y discapacidad en las herramientas de evaluación de la APA y la OMS

Escala EGF del DSM-IV	Lista de control de actividades de la ICF	Dominios del WHODAS
Funcionamiento social	Aprendizaje y aplicación de conocimientos	Comprensión y comunicación con el mundo (cognición)
	Tareas y exigencias generales	
	Comunicación	Desplazamiento y desenvolvimiento en el entorno
	Movilidad	Autocuidado
	Autocuidado	Relaciones personales apropiadas
	Interacciones y relaciones interpersonales	
Funcionamiento escolar Funcionamiento laboral	Vida doméstica	Actividades cotidianas: Responsabilidades domésticas, trabajo, ocio
	Dominios vitales importantes:	
	Educación	
	Empleo	
	Vida comunitaria, social y cívica	Participación en la sociedad

mente genera un indicador numérico de la discapacidad. Se necesita información métrica estandarizada y se puede obtener de las investigaciones realizadas con el WHODAS en los grupos de individuos con trastornos mentales. Un análisis de la experiencia clínica y la investigación utilizando la Lista de Control de la ICF puede respaldar una serie analizada de apartados y métodos de evaluación.

Como se muestra en la Tabla 2, la Lista de Control de la ICF comprende todos los dominios de función/discapacidad de la escala EGF. En la Lista de control de la ICF, el código nominal es 0 para ninguna dificultad, 1 para la dificultad leve, 2 para la moderada, 3 para la grave y 4 para la absoluta.

En una escala de 0 a 100, 0 a 4% se interpreta como ningún problema, 5 a 24% se interpreta como problema leve, 25 a 49% como problema moderado, 50 a 95% es grave y 95 a 100% es un problema total o absoluto. La escala se calibra en la dirección opuesta de la escala EGF, en la cual 91 a 100 constituye un funcionamiento superior. El sistema de deciles de la escala EGF no se traduce en grados de gravedad, como leve, moderado o grave. El único dominio del WHODAS que no es coherente con la sección de actividades de la Lista de Control de la ICF plantea preguntas sobre la cognición. Los apartados de este dominio del WHODAS serían evaluados por el médico como parte de identificación de los síntomas de los trastornos.

CONCLUSIONES

Es necesaria una conceptualización internacionalmente acordada entre la ICD y el DSM por lo que respecta a una mejor funcionalización de la enfermedad y los componentes de discapacidad. Esto

puede lograrse comenzando a utilizar los dominios de la ICF de una manera operacional. De esta forma, se podría definir mejor los umbrales para cada dominio del funcionamiento.

Ningún funcionamiento o discapacidad debería aparecer como parte del umbral del diagnóstico en cualquiera de los dos sistemas. Una evaluación separada de la gravedad del trastorno (es decir, leve, moderado o grave) después que se ha establecido un diagnóstico, se basaría en una evaluación de la aparición de la enfermedad, su diseminación, la continuidad con cualquier indicador independiente de las variables de discapacidad, a fin de evitar una colinealidad.

Para que la salud mental concuerde con el resto de la asistencia sanitaria y se integre a los sistemas de información de la salud general, las clasificaciones de la salud mental no pueden permitirse continuar orientaciones de desarrollo diferentes y deberían comprender modelos y elementos comunes, lo que incluye una terminología y una ontología comunes sobre signos, síntomas, funcionamiento y otras entidades. Esto creará una mejor investigación científica que dará por resultado mejores evaluaciones de los desenlaces y comparaciones de la eficacia de las intervenciones sanitarias.

Agradecimientos

Los puntos de vista expresados en este artículo son opiniones personales de los autores y no necesariamente representan las perspectivas oficiales de sus instituciones u organismos, incluida la OMS y el gobierno de Estados Unidos. Los autores agradecen encarecidamente las charlas y colaboraciones útiles de Angelo Barbato, Tae-Yeon Hwang, Aleksander Janca, Marianne Kastrup, Venos Mavreas, William

Narrow, Martti Virtanen, Nenad Kostanjsek, Somnath Chatterji y Robert Jakob.

Bibliografía

1. Murray CJL, Lopez AD. Global health statistics: a compendium of incidence, prevalence and mortality estimates for over 200 conditions. Cambridge: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996.
2. Üstün TB. Global burden of mental disorders. *Am J Publ Health* 1999;89:1315-8.
3. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization, 1993.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
5. Stengel E. Classification of mental disorders. *WHO Bull* 1959;21:601-3.
6. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva: World Health Organization, 2001.
7. Regier DA, Kaelber CT, Rae DS et al. Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders: implications for research and policy. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:109-15.
8. Spitzer RL, Wakefield JC. DSM-IV criteria for clinical significance. Does it help solve the false positive problem? *Am J Psychiatry* 1999;156:1856-64.
9. Üstün TB, Chatterji S, Rehm J. Limitations of diagnostic paradigm: it doesn't explain "need". *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:1145-6.
10. World Health Organization. World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS). Geneva: World Health Organization, 2000.

La discapacidad y la enfermedad mental son entidades diferentes y deben evaluarse por separado

NORMAN SARTORIUS

Association for the Improvement of Mental Health Programmes, Geneva, Switzerland

La aceptación de la postura conceptual presentada por Üstün y Kennedy reviste gran importancia para la psiquiatría y la medicina en general. La discapacidad –independientemente de que se defina como alteración funcional en los términos del DSM-IV o como una limitación de las actividades de un individuo como se hace en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (ICF) (1)– se debe evaluar por separado y no como parte de la enfermedad mental de un individuo. No sería correcto establecer un diagnóstico dependiendo de si hay o no hay discapacidad. Esta última es producida por el trastorno mental, pero también depende de las enfermedades o las alteraciones concomitantes. Esto último es un concepto que cada vez asume más importancia. Una proporción importante de las personas con enfermedad mental también padece enfermedades físicas y por tanto es difícil si no imposible evaluar en qué grado la discapacidad se debe al trastorno mental y en qué medida es producida por los trastornos concomitantes.

La discapacidad debe hacer referencia a la persona que padece una enfermedad (o enfermedades), que vive en un contexto específico, recibe un tratamiento concreto y tiene rasgos de personalidad que definen la forma en que vivirá con la enfermedad. Los recursos que podría tener una persona con una enfermedad –sea un don artístico o acceso a la riqueza– también afectarán a la presentación y la gravedad de la discapacidad. El percibirse de que la discapacidad está vinculada con la persona y no con la enfermedad es importante en el desarrollo de los servicios de rehabilitación, en la evaluación de los grados de apoyo que ofrecerá la sociedad a la persona con discapacidad y para determinar qué tratamiento puede ofrecer si se presenta una enfermedad.

Las manifestaciones psicopatológicas definen el diagnóstico pero deben

complementarse con otros aspectos para que sean útiles en la estimación de las «casuística» pertinente al aprovisionamiento de servicios o la estimación de las necesidades de ellos. Se definirá la «casuística» tomando en cuenta las manifestaciones psicopatológicas, la discapacidad y la aflicción que el individuo presente y en relación con su trastorno médico o psiquiátrico. Las personas con un diagnóstico psiquiátrico concreto pueden convertirse en «casos» para los servicios de salud mental cuando su discapacidad es más acusada (p. ej., a causa de los cambios en el ambiente) o cuando aumenta su angustia (p. ej., al saber sobre el pronóstico de su trastorno).

En el trabajo clínico y para fines de investigación, la evaluación de la presentación de un *trastorno*, de la *discapacidad* y del *sufrimiento* debe acompañarse de una estimación de su *gravedad*. La gravedad de la enfermedad suele evaluarse con referencia al número y la frecuencia de presentación de síntomas, la gravedad de la discapacidad según el tipo y el número de actividades que el individuo no puede realizar y la gravedad del sufrimiento en base a la analogía con estados que el individuo afligido y el médico que establece el diagnóstico conocen y han experimentado. Se puede medir la gravedad como una dimensión o como una característica que se divide en varias categorías operacionalmente definidas. Lo mismo es aplicable para la discapacidad y para el sufrimiento, pero no para los síntomas psicopatológicos, los cuales deben tener características que los vuelvan reconocibles como cualitativamente diferentes del funcionamiento normal.

La intensidad del sufrimiento y la gravedad de la discapacidad suelen correlacionarse con la gravedad del síndrome clínico, pero esto no siempre es el caso. La angustia podría estar vinculada con la visión de lo futuro más que con el grado de discapacidad o la gravedad del trastorno clínico. La posibilidad de que una verruga negra pudiese ser un melanoma producirá gran angustia aunque no haya limitaciones de la actividad y nin-

guna certeza de que la verruga contiene células que son malignas o que se desarrollará rápidamente. La gravedad de la discapacidad podría estar vinculada con la gravedad del cuadro clínico, pero esto no siempre es el caso la mayoría de las veces en que una persona tiene una enfermedad –con la excepción de los estados más graves del trastorno, por ejemplo en la demencia profunda o en un estado de coma–. Las personas con diversos síntomas psicopatológicos a menudo viven en su localidad, con escasa o ninguna limitación de sus actividades.

La utilidad del marco de referencia que aquí se presenta para fines de investigación depende de la posibilidad de medir síndromes, discapacidad, angustia y su gravedad en formas que sean viables y válidas. El desarrollo de instrumentos que ayuden a los investigadores a realizar esto es sin duda un reto importante para los comités de la ICD y el DSM. La utilidad del mismo marco de referencia para el ejercicio clínico dependerá de hacer explícita la necesidad de estas mediciones y de que los médicos en formación hagan las evaluaciones necesarias.

Los médicos han utilizado las cuatro dimensiones antes indicadas para atender a las personas que acuden a pedirles ayuda desde los albores de la medicina. Un estudio de la forma en la cual los médicos están operando puede proporcionar información muy valiosa sobre sus métodos de evaluación, los cuales, cuando se combinan con los resultados de la investigación utilizando instrumentos de evaluación válidos y fiables, podrían permitir la creación de programas de capacitación que harán que se acepte y se utilice la clasificación de las enfermedades como una base para la investigación y para el ejercicio clínico.

Bibliografía

1. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva: World Health Organization, 2001.

Discapacidad y diagnóstico: ¿debería eliminarse la alteración funcional de los criterios diagnósticos del DSM y la ICD?

JEROME C. WAKEFIELD

School of Social Work, Department of Psychiatry, and InSPIRES (Institute for Social and Psychiatric Initiatives – Research, Education and Services), New York University, New York, NY 10003, USA

Üstün y Kennedy proponen que «ningún funcionamiento o discapacidad debería aparecer como parte del umbral del diagnóstico» de cualquier trastorno. Advierten que desentrañar la discapacidad y la alteración funcional de lo que es el trastorno haría que el DSM fuese más congruente con la ICD. Sin embargo, el verdadero problema es conceptual: ¿pueden los criterios de discapacidad –entendidos, como en los criterios de importancia clínica del DSM, como alteraciones del funcionamiento social (sin confundirlos con la disfunción psicológica que se manifiesta por síntomas)– desentrañarse del todo de los criterios diagnósticos en este momento de la historia de la psiquiatría?

En un tenor relacionado, Robert Spitzer I (1-4) han aducido que los criterios «de importancia clínica» del DSM que utilizan la alteración funcional por lo general no son muy útiles para distinguir el trastorno de problemas no nosológicos en la práctica, ya que los problemas que no representan trastornos a menudo comprenden alteraciones de la función. Los estudios recientes tienden a respaldar la redundancia de los amplios criterios de alteración similares a los del DSM tanto en los contextos clínicos como epidemiológicos (5-7).

Pese a la meta explícita de la ICD de evitar utilizar el funcionamiento familiar, laboral y otro social como criterios diagnósticos, por cuanto varían entre las culturas, la discapacidad social se incluye en muchas series de criterios de la ICD. Por ejemplo, el trastorno de la conducta exige «transgresiones de las expectativas sociales apropiadas a la edad»; el trastorno de lectura debe «interferir en grado importante con los logros académicos o las actividades cotidianas que exigen destrezas de lectura»; y la neurastenia

implica «disminución del desempeño laboral o de la eficiencia para hacer frente a las tareas cotidianas». Üstün y Kennedy no explican por qué los criterios de la ICD todavía contienen tantas alusiones a la discapacidad. No ofrecen ningún argumento sistemático de que la discapacidad y el trastorno pueden desentrañarse por completo.

Lo absurdo de utilizar la discapacidad en sí como un indicador suficiente de un trastorno resulta fácilmente evidente; ¿cómo se puede entonces distinguir una discapacidad patológica de una incapacidad normal? (8). Considérese la discapacidad debida al sueño (un tercio de la vida se va en parálisis y alucinaciones), al embarazo, la fatiga después del ejercicio y otras limitaciones humanas normales; la variación normal de los rasgos como la inteligencia, la timidez y la estatura que representan una desventaja para algunos; y las diferencias de conocimientos, destrezas y talento que generan variaciones de la capacidad para llevar a cabo las funciones sociales. No es la discapacidad lo que resulta patológico sino cómo es causada.

Dado este absurdo, la lógica del DSM de considerar el empleo potencial de la alteración para el diagnóstico es más problemática de lo que podría sospecharse y va más allá de los criterios «de importancia clínica» específicos. La sección introductoria del DSM sobre el criterio de alteración funcional explica: «Este criterio ayuda a establecer el umbral para el diagnóstico de un trastorno en las situaciones en las que la propia manifestación sintomática (sobre todo en sus formas más leves) no es inherentemente patológica y puede observarse en individuos en quienes sería inadecuado un diagnóstico de trastorno mental». Por consiguiente, se permite que la alteración modifique la categoría de un estado de un no trastorno a un trastorno. Asimismo, el DSM explica que una situación en la cual un trastorno puede diagnosticarse bajo una categoría «por lo demás no especificada» es cuando la «presentación se amolda a un patrón sintomático que no se ha in-

corporado en la clasificación del DSM-IV pero que produce sufrimiento o alteración clínicamente importante». Tales patrones sintomáticos comprenden estados subumbral que cursan con un menor número de síntomas que los que suelen requerirse. En suma, el DSM implícitamente permite el diagnóstico de trastornos problemáticos con escasos síntomas como trastornos en base únicamente a la alteración de la función, por contraposición a la propia definición de trastorno del DSM que exige que la alteración sea causada por una disfunción interna. Sin duda es necesaria una medida correctiva del tipo de la que recomiendan Üstün y Kennedy. Pero el hecho de que la discapacidad no implique un trastorno no significa que la discapacidad no tenga ninguna utilidad cualquiera que sea el diagnóstico. De acuerdo con la definición de trastorno mental del DSM y mi «análisis de la disfunción nociva» (ADN) del concepto de trastorno (8, 9), un trastorno es una disfunción interna (lo que significa una ineficacia de una función biológicamente designada) que produce daño (según se evalúa socialmente). Por consiguiente, el concepto ADN propone que el diagnóstico tiene dos dimensiones: disfunción y daño.

En consecuencia, la discapacidad puede aparecer legítimamente en las consideraciones diagnósticas por dos motivos. En primer lugar, puede constituir daño. En general, los síntomas directos de la disfunción serán lo suficientemente dañinos, pero hay casos de trastornos en los cuales la alteración funcional es el único tipo de daño y debe referirse para establecer que existe un trastorno.

Esto señala una falacia básica: Üstün y Kennedy parecen presuponer que un trastorno es equivalente a la disfunción subyacente. Sin embargo, aun una disfunción interna que sea biológicamente patológica no representa un trastorno médico a menos que produzca daño. Por ejemplo, los angiomas benignos son disfunciones genuinas y sin embargo no representan trastornos médicos porque no producen daño. Todos los individuos tienen mu-

chos defectos biológicos que no constituyen trastornos médicos por cuanto están exentos de daño. En consecuencia, se necesita a veces la alteración funcional para determinar si una disfunción es dañina y por tanto para distinguir un trastorno de una entidad que no es un trastorno.

En segundo lugar, a veces no hay una forma independiente de establecer que haya una disfunción frente a un problema no nosológico vital que no sea por la alteración social. Una de estas situaciones se da cuando una capacidad funcional está en sí biológicamente conformada, de manera que la deficiencia de la función social implica una disfunción biológica. Por ejemplo, cuando ocurre fobia social al interactuar con familiares, se ven afectadas funciones básicas como la relación paterno-filial y la interacción sexual. Esto representa una alteración funcional y una disfunción biológica simultánea.

Otra de estas situaciones es la deficiencia del rol; aunque por sí misma no sea una disfunción biológica, es la única forma de inferir que hay una disfunción subyacente. Por ejemplo, la lectura es una invención y el no poder leer es un fracaso de una función social no existente en las sociedades preletradas. Ni tampoco la incapacidad para leer –analfabetismo– se considera un trastorno. Sin embargo, es la incapacidad para aprender a leer pese a la oportunidad que se tiene de ello de donde inferimos que la incapacidad se debe a la disfunción subyacente. Puesto que la disfunción desconocida no tiene ningún otro efecto dañino, debemos citar la alteración social de la deficiencia para aprender a leer como una clave para el diagnóstico.

En suma, hay motivos para respaldar la instancia general de Üstün y Kennedy a tratar de separar *en el grado posible* la alteración funcional de los criterios diagnósticos. Sin embargo, Üstün y Kennedy no consideran adecuadamente las relaciones conceptuales multifacéticas entre el diagnóstico y la discapacidad, que se ilustran, según lo he sostenido, por la explicación bidimensional del análisis de la disfunción del trastorno en términos de disfunción y daño. Mi conclusión es que la propuesta de Üstün y Kennedy de desentrañar totalmente la alteración del diagnóstico no es realista en esta etapa del desarrollo de la psiquiatría como ciencia. Por lo que respecta a la validez de los criterios, sería preferible un análisis conceptual de categoría por categoría a su enfoque general.

Bibliografía

1. Wakefield JC. DSM-IV: Are we making diagnostic progress? *Contemp Psychol* 1996;41:646-52.
2. Wakefield JC. Diagnosing DSM-IV, Part 1: DSM-IV and the concept of mental disorder. *Behav Res Ther* 1997;35:633-50.
3. Spitzer RL, Wakefield JC. DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: does it help solve the false positives problem? *Am J Psychiatry* 1999;156: 1856-64.
4. Wakefield JC, Spitzer RL. Requiring clinical significance does not solve epidemiology's or DSM's false positive problems: response to Regier and Narrow. In: Helzer JE (ed.). *Defining psychopathology in the 21st century: DSM-V and beyond*. Washington: American Psychiatric Association Press, 2002:31-40.
5. Beals J, Novins DK, Spicer P et al. Challenges in operationalizing the DSM-IV clinical significance criterion. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:1197-207.
6. Mojtabai R. Impairment in major depression: implications for diagnosis. *Compr Psychiatry* 2001;42:206-12.
7. Zimmerman M, Chelminski I, Young D. On the threshold of disorder: a study of the impact of the DSM-IV clinical significance criterion on diagnosing depressive and anxiety disorders in clinical practice. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1400-5.
8. Wakefield JC. Normal inability versus pathological disability: why Ossorio's (1985) definition of mental disorder is not sufficient. *Clin Psychol: Sci Pract* 1997;4:249-58.
9. Wakefield JC. The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. *Am Psychol* 1992;47:373-88.
10. Wakefield JC. The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry* 2006;6:149-56.

Perspectivas para el esclarecimiento de la discapacidad y el criterio «de importancia clínica» en el DSM-V

WILLIAM E. NARROW, EMILY A. KUHL, DARREL A. REGIER

American Psychiatric Institute for Research and Education and American Psychiatric Association, Division of Research, Suite 1825, 1000 Wilson Blvd., Arlington, VA 22209, USA

Üstün y Kennedy proporcionan un razonamiento convincente para que el DSM refleje una concepción más clara de los trastornos mentales y las alteraciones asociadas, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Durante mucho tiempo el establecer umbrales para determinar la casuística ha sido importante para los investigadores y las autoridades sanitarias que tienen interés en distinguir a las personas con trastornos mentales de las que están padeciendo síntomas transitorios y reacciones esperadas a las tensiones de la vida cotidiana. La ubicuidad de estos últimos estados hace que tenga importancia decisiva esta distinción para identificar las muestras de investigación homogénea y para la asignación de recursos escasos para los servicios de salud mental. Los médicos, sobre

todo los que trabajan en el ámbito de la asistencia primaria, también atienden a menudo manifestaciones emocionales y conductuales habituales que plantean la interrogante «¿tratar o no tratar?» La importancia de tomar en cuenta la angustia y las alteraciones funcionales en las actividades cotidianas al determinar la casuística siempre han sido una preocupación fundamental para las decisiones clínicas y de las autoridades sanitarias, aunque nunca se ha expresado con claridad.

La definición de «trastorno mental» del DSM ha contenido los conceptos de sufrimiento y limitaciones de las actividades desde que se dio a conocer el DSM-III. El DSM-III también implicaba que la especificación cuidadosa de los criterios de los síntomas para cada trastorno bastaría para establecer un umbral para el trastorno; es decir, las combinaciones de los síntomas especificados para cada trastorno serían inherentemente angustiantes o discapacitantes. Sin embargo, en los estudios de población se observaron tasas más altas que las esperadas de personas con trastornos, lo que dio por resultado preocupaciones en tor-

no a un problema de «falso positivo» con los criterios de síntomas (1).

La solución a la que llegaron quienes desarrollaron el DSM-IV fue añadir un criterio «de importancia clínica» a muchas series de criterios de trastornos mentales del DSM. Este criterio especificaba que la persona con un trastorno mental tenía que manifestar un sufrimiento clínicamente importante o alteraciones en los dominios social, laboral u otras esferas importantes del funcionamiento cotidiano. Como lo hacen notar Üstün y Kennedy, este camino no fue tomado por los que desarrollaron el capítulo de trastornos mentales de la ICD-10, quienes produjeron la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (ICF; 2) para clasificar las discapacidades, con la intención de mantener separados el síndrome y las limitaciones de la actividad asociadas.

Las investigaciones subsiguientes demostraron que los especificadores como la importancia clínica reducían las tasas de trastornos mentales en la población conforme al DSM e identificaban a las personas que más probablemente utilizarían los servicios de salud mental o que tendrían síntomas más graves (3). Sin embargo, los problemas con el manejo de las discapacidades por el DSM, incluido el criterio de importancia clínica y la Evaluación Global del Funcionamiento (EGF), fueron múltiples. Estos problemas están bien señalados por Üstün y Kennedy. En primer lugar, no está definido el concepto de «sufrimiento clínicamente importante o alteración del funcionamiento» y la terminología no es compatible con la norma de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La EGF no es una escala «pura» y mezcla gravedad de los síntomas, funcionamiento social y evaluaciones de peligrosidad. Los criterios para los síntomas del DSM en sí se confunden con las limitaciones de la actividad, aparte del criterio «de importancia clínica». Por último, la funcionalización de la gravedad del síndrome es inadecuada. Estas limitaciones tienen consecuencias sustanciales para la investigación y la evaluación clínica de los trastornos mentales.

En nuestras propias críticas al DSM-IV, estamos en acuerdo fundamental con Üstün y Kennedy. También estamos de acuerdo en que deben arreglarse los problemas y que los Grupos Operativos del DSM-V estén tomando medidas para hacerlo. Se ha formado un grupo

de estudio para abordar los problemas e identificar las posibilidades de reestructurar el DSM-V próximo a fin de crear una mayor congruencia con la ICD-11 y la ICF. Se pretende estandarizar nuestra terminología y definir mejor y funcionalizar los conceptos de gravedad, discapacidad, aflicción, etc. Para esto sería necesaria una reorientación importante de los médicos —específicamente, los estadounidenses— hacia una forma diferente de conceptuar los trastornos mentales.

Aunque la ICF es una clasificación oficial de la OMS, su uso en Estados Unidos es limitado y no se ha adoptado como una serie de código oficial. Aparte del desconocimiento general de la terminología de la ICF, la complejidad del sistema de clasificación puede resultar desalentadora. La especificación de los dominios clave de limitaciones de la actividad para las personas con trastornos mentales, con una herramienta de evaluación global correspondiente, como lo recomiendan los autores, serviría bastante para fomentar la aceptación de la evaluación de la discapacidad en el DSM.

También estamos tomando medidas para separar las limitaciones de la actividad de las descripciones de los síntomas. En congruencia con las soluciones recomendadas por los autores, la incorporación de las medidas dimensionales de los síntomas en el proceso de evaluación diagnóstica ayudará a distinguir la gravedad de los síntomas/síndromes de la discapacidad al enfocarse específicamente en las calificaciones de frecuencia, intensidad y/o duración de los síntomas. El Cuestionario de la Salud del Paciente (PHQ-9) (4) para la depresión, por ejemplo, es una medida breve empíricamente validada, derivada del DSM-IV que ha demostrado una aceptabilidad satisfactoria en el ámbito de la atención primaria y la psiquiatría para evaluar el umbral diagnóstico, planificar el tratamiento y dar seguimiento a los resultados (5). Se han ideado medidas similares para la ansiedad y las manifestaciones somáticas. El desarrollo planificado de las entrevistas de diagnóstico clínico del DSM-V y las entrevistas por el profano para las encuestas epidemiológicas también habrán de tratar de mejorar las evaluaciones de la gravedad de los síntomas y la discapacidad.

Sin embargo, este ejercicio depende en cierto grado de la magnitud en que los propios criterios de los síntomas ya estén liberados de los elementos que se consideran mejor como limitaciones de la activi-

dad. Contrario a la aseveración de Üstün y Kennedy, éste no es un problema menor limitado a trastornos esporádicos, como la esquizofrenia residual. El DSM-IV y los criterios de la ICD-10 para la investigación tienen muchos ejemplos de limitaciones de la actividad que hacen las veces de síntomas. En la ICD-10, los trastornos de la personalidad, la drogodependencia, los trastornos hipercinéticos y el trastorno de la conducta tienen componentes sustanciales de limitaciones de la actividad en sus criterios de síntomas. No está claro en este momento si los criterios de síntomas para estos trastornos pueden «depurarse» íntegramente de sus componentes de limitaciones de la actividad. En condiciones ideales, las evaluaciones más específicas se orientarían a las alteraciones de los procesos mentales subyacentes a estas limitaciones de la actividad. El desarrollo de la implementación de tales evaluaciones dependerá en gran parte del estado de la ciencia y la tecnología existente y de las limitaciones prácticas de la implementación en el contexto clínico habitual.

Los puntos de vista de Üstün y Kennedy no son radicales ni revolucionarios, pero sí razonables. Reflejan el avance en nuestro campo y los esfuerzos continuos para unificar la psiquiatría en Estados Unidos con toda la medicina y con el resto del mundo. Esperamos una mayor cooperación con la OMS como el siguiente paso en este proceso de desarrollo.

Bibliografía

2. Regier DA, Kaelber CT, Rae DS et al. Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders: implications for research and policy. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:109-15.
3. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva: World Health Organization, 2001.
4. Narrow WE, Rae DS, Robins LN et al. Revised prevalence estimates of mental disorders in the U.S.: using a clinical significance criterion to reconcile two surveys' estimates. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:115-23.
5. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16:606-13.
6. Duffy FF, Chung H, Trivedi M et al. Systematic use of patient-rated depression severity monitoring: is it helpful and feasible in clinical psychiatry? *Psychiatr Serv* 2008;59:1148-54.

Esclarecimiento de diagnóstico y discapacidad

ANTHONY F. LEHMAN

Department of Psychiatry, University of Maryland School of Medicine, 701 W. Pratt Street, Baltimore, MD 21201, USA

Üstün y Kennedy sostienen que el sistema del DSM debería ser más compatible con el sistema de la ICD, específicamente que se debería eliminar el criterio «alteración funcional» para los diagnósticos del DSM. Plantean un razonamiento convincente y dos aspectos importantes. En primer lugar, ¿debería incluirse «alteración funcional» y «discapacidad» entre los criterios diagnósticos para los trastornos mentales según aparecen en el DSM, pero no en la ICD? En segundo lugar, ¿cómo podemos hacer compatible en este aspecto al DSM y la ICD de manera que haya una coherencia internacional para la clasificación de los trastornos mentales como existe para otros trastornos médicos? Este estudio se enfoca en alguno de los aspectos técnicos de la definición y la medición de «alteración funcional», «discapacidad» y «gravedad» y la opción de hacer concordar la Evaluación Global del Funcionamiento (GAF) del DSM con la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (ICF) asociada a la ICD.

¿Por qué hemos sentido la necesidad de confundir el diagnóstico y la alteración funcional en el DSM en primer lugar? Esto refleja nuestras luchas, por lo menos en un lado del Atlántico, con el hecho de diferenciar las enfermedades mentales de las variaciones normales en los procesos mentales y conductas del ser humano. ¿Cuándo son patológicos

alucinaciones, estados de ánimo tristes o pensamientos obsesivos? Supuestamente esto ha ocurrido en el DSM a causa de la ansiedad en torno a que sin el requisito de «importancia clínica» se podría facilitar la utilización innecesaria sustancial de los servicios asistenciales de salud mental por trastornos subsindrómicos que no alcanzan la importancia clínica.

Desde luego, es fundamental asegurarse de que se utilicen los recursos de atención sanitaria valiosos de una manera eficiente y esencial para trastornos que de hecho afectan a la salud de los individuos. Sin embargo, la solución del DSM puede ser peor que el problema. Si bien indudablemente hay una utilización innecesaria de los servicios asistenciales de salud mental, sabemos que con mucho el principal problema es la falta de utilización. Más de la mitad de las personas que cumplen con los criterios para un trastorno mental no reciben asistencia (1). La inclusión de «importancia clínica», y más específicamente «alteración funcional», en el diagnóstico, crea una ilusión de mayor certidumbre diagnóstica de la que es necesaria para «impedir» que los que tienen síndromes subclínicos tengan acceso a la asistencia. La mayoría de tales personas son de hecho impedidas por opción personal o por la falta de acceso a los servicios.

Este enfoque tiene problemas importantes. Restringe gravemente nuestra capacidad para intervenir de una manera preventiva en quienes experimentan los signos iniciales o que corren el riesgo de enfermedad mental inminente. Como lo señalan Üstün y Kennedy, este enfoque es contrario al de otros campos de la medicina. El sistema actual del DSM

es análogo a no intervenir para tratar la hiperlipidemia, la hipertensión arterial con cifras altas límite o la hiperglucemia límite, hasta que las secuelas de estos factores de riesgo se vuelven evidentes como enfermedades cardiovasculares y renales sintomáticas o discapacitantes.

El problema de los factores de riesgo plantea un segundo punto. La meta final de la asistencia a la salud es reducir la morbilidad y la mortalidad prevenibles. Hay una circularidad inherente a la inclusión de la morbilidad (es decir, la alteración funcional) como un criterio diagnóstico por cuanto significa que cierta morbilidad ya tiene que ocurrir para establecer el diagnóstico. De ahí que nos queda la opción de reducir la morbilidad existente más que prevenirla en primer término. Esto equivale a tratar la hiperlipidemia sólo después del inicio de la angina de pecho o de un infarto de miocardio. Bloquea el camino a la prevención y el tratamiento de los estados prodrómicos. Asimismo, impide la investigación sobre los factores de riesgo para la presentación de los trastornos y también de la incapacidad. Para poder llegar a un sistema diagnóstico que nos permite estudiar e intervenir en los factores de riesgo y los estados subsindrómicos, debemos realizar los cambios que proponen Üstün y Kennedy.

Bibliografía

1. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291:2581-90.

Esclarecimiento de la relación entre síntomas y discapacidad: un reto con implicaciones prácticas

HARVEY WHITEFORD

University of Queensland, Brisbane, Australia

La separación conceptual entre los síntomas y la discapacidad, según la proponen Üstün y Kennedy, no es un problema confinado a la atmósfera enrarecida de la nosología psiquiátrica. La confusión que surge de

la falta de claridad de estos conceptos tiene implicaciones prácticas. Aquí describo dos ejemplos, uno en la prestación del servicio y el otro en la salud de la población.

En la prestación de servicios ha habido un debate importante, el cual continúa, en torno a la administración de tratamiento y la atención a los individuos con enfermedades mentales graves que

viven en la sociedad. Comprendemos los elementos clave de un servicio integral a la población (1), pero la falta de prestación de estos servicios de una manera integrada y accesible tiene como resultado desenlaces deficientes para el paciente e ineficacias en el servicio.

Por consiguiente, esto conlleva el riesgo de que los gobiernos de manera explí-

cita o implícita tiendan al internamiento de los pacientes en establecimientos sanitarios (2), supuestamente con la creencia de que el tratamiento y la atención pueden aplicarse mejor en tales establecimientos. Los servicios de salud mental de la población a menudo son proporcionados por organismos con diferentes filosofías de ejercicio médico y de lenguajes profesionales. En muchos países, el gobierno y el personal sanitario privado proporcionan servicios de tratamiento clínico, en tanto que diferentes organismos gubernamentales y no gubernamentales brindan servicios de apoyo por discapacidad y para rehabilitación. Esta falta de claridad entre la reducción de los síntomas (que podría decirse es el objetivo de los servicios de tratamiento) y los servicios para ayudar a los individuos a superar las alteraciones que surgen de los síntomas (que podría decirse es el objetivo de los servicios de atención a la discapacidad) conduce a una disfunción en la prestación de los servicios. Cuando se tiene claro el enfoque de cada elemento del servicio, hay una mejor integración y mejores resultados para el usuario (3, 4). En mi experiencia, un aspecto clave en el logro de esto es que los profesionales y las organizaciones comprendan mejor la interacción y la interdependencia de los servicios de tratamiento y de rehabilitación y apoyo. Esta comprensión se facilitaría bastante si en nuestros sistemas de clasificación existiera la claridad propuesta por Üstün y Kennedy.

En la salud de la población, un reto importante es determinar las prioridades para la financiación sanitaria. Hasta mediados de la década de 1990, las prioridades a menudo eran determinadas por las tasas de mortalidad y la eficacia de los grupos de defensa contra las enfermedades (5). Aparte de la mortalidad, era difícil encontrar indicadores objetivos que permitiesen comparar la magnitud de diferentes enfermedades. La prevalencia de la enfermedad no permitía esto: ¿cómo se puede determinar objetivamente si la repercusión de un centenar de personas que padecen diabetes es mayor o menor que la repercusión de la depresión en 50 personas? Como lo señalan Üstün y Kennedy, el estudio Morbilidad Global de las Enfermedades (GBD, por sus siglas en inglés) (6) calcula la morbilidad de las enfermedades combinando los años de vida que se pierden por muerte prematura (YLL) y los años vividos con discapacidad, ponderados por la gravedad de la discapacidad (YLD) en el año de vida ajustado con

respecto a la discapacidad (DALY). Las estimaciones de la morbilidad han tenido gran influencia en el establecimiento de prioridades por los gobiernos, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud. Los trastornos mentales y los trastornos por uso de drogas se han beneficiado de esto, al haberse demostrado que son factores importantes que contribuyen a la morbilidad (7).

Para determinar el componente YLD del DALY, es necesario estimar variables como incidencia, prevalencia y duración. Una vez que sabemos cuánto tiempo padece el trastorno una persona, es necesario determinar el grado en el que el trastorno discapacita al individuo. En el estudio GBD, esto se realiza a través de descripciones específicas del estado de salud, a las que luego se asigna una ponderación de discapacidad en una escala de 1 (equivalente a defunción) al 0 (equivalente a la salud perfecta). Las opciones de valor que apuntalan las ponderaciones de la discapacidad han sido objeto de algunas críticas (8).

El nuevo estudio Morbilidad Global de las Enfermedades que se está realizando (9) comprende las investigaciones que analizan los métodos que se utilizan para determinar las ponderaciones de la discapacidad. Aunque no es de la incumbencia de este artículo comentar los retos que implica asignar a las descripciones de estados de salud ponderaciones de discapacidad, un problema que estamos tratando de resolver en el estudio GDB es que la gravedad de los síntomas se ha visto como un equivalente de la discapacidad (8). Como señalan Üstün y Kennedy, existe una correlación positiva entre la gravedad y la discapacidad consecutiva, pero no son lo mismo. Es bienvenida la recomendación de Üstün y Kennedy

de lograr una mejor claridad conceptual entre la gravedad de los síntomas y la discapacidad en nuestros sistemas de clasificación.

Bibliografía

1. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry* 2004;185:283-90.
2. Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005;330: 123-6.
3. Cook JA, Lehman AF, Drake R et al. Integration of psychiatric and vocational services: a multisite randomized, controlled trial of supported employment. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1948-56.
4. Kopelowicz A, Liberman RP. Integration of care: integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses. *Psychiatr Serv* 2003;54:1491-8.
5. Armstrong EM, Carpenter D, Hojnacki M. Whose deaths matter? Mortality, advocacy, and attention to disease in the mass media. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2006;31:729-72.
6. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease. Cambridge: Harvard University Press, 1996.
7. Prince M, Patel V, Saxena S et al. No health without mental health. *Lancet* 2007; 370:859-77.
8. Arnesen T, Kapiriri L. Can the value choices in DALYs influence global priority setting? *Health Policy* 2004;70:137-49.
9. Murray C, Lopez A, Black R et al. Global Burden of Disease 2005: call for collaborators. *Lancet* 2007;370:109-10.

¿Es el malestar psicológico un síntoma de trastornos mentales, un indicador de alteración, las dos cosas o ninguna de ellas?

MICHAEL R. PHILLIPS

WHO Collaborating Center for Research and Training in Suicide Prevention, Beijing Suicide Research and Prevention Center, Beijing Hui Long Guan Hospital, Beijing, China

Al analizar las ventajas de desentrañar las evaluaciones de la alteración funcional y distinguirlas de los criterios diagnósticos para los trastornos mentales, Üstün y Kennedy no han considerado el «malestar psicológico» —un concepto sin ningún límite de definición claro que no

obstante, es utilizado ampliamente en el sistema del DSM y, en menor grado, en el sistema de la ICD.

En la mayoría de los casos, el malestar se equipara con la alteración funcional: los criterios del DSM-IV para la mayoría de los trastornos depresivos, trastornos por ansiedad, trastornos de la personalidad, trastornos del sueño, trastornos somatiformes y algunos otros trastornos, exigen la presentación de alteraciones funcionales o «malestar psicológico clínicamente importante» (en algunos diagnósticos se designa como «malestar psicológico intenso») y los criterios de la ICD-10 para varios diagnósticos (p. ej., trastorno obsesivo-compulsivo [OCD], hipocondría, trastornos del sueño, trastornos de la personalidad) también requieren la presentación de alteración funcional o malestar psicológico. Presuponiendo que será posible convencer a médicos e investigadores para que separen la alteración funcional de los criterios diagnósticos —un proceso que será más traumático para algunos trastornos que para otros— un problema subsiguiente consistirá en determinar qué hacer con el «malestar psicológico» en los esquemas diagnósticos propuestos en la integración del DSM y la ICD. Las opciones comprenden deshacerse absolutamente del concepto, hacer del malestar psicológico un síntoma autónomo necesario para el diagnóstico de estos trastornos o integrarlo en la evaluación de la alteración funcional.

Algunos autores (1,2) aducen que el malestar psicológico es un fenómeno transitorio relacionado con factores estresantes específicos que desaparece cuando desaparecen éstos o cuando el individuo se adapta a los mismos. Sin embargo, si la experiencia del malestar psicológico es mucho mayor que lo que es culturalmente apropiado o persiste mucho después de desaparecer el factor estresante primario (o secundario), entonces se considera parte de un proceso psicopatológico y debe verse como un indicador de un trastorno mental (1). Estos autores aducen que la falta de distinción de estas dos situaciones lleva a la medicalización de respuestas normales al estrés (2, 3). Sin embargo, a menudo es muy difícil distinguir de manera fiable entre el malestar psicológico «normal» y el inadecuado, por cuanto se necesita información detallada con respecto a los factores estresantes que afectan al individuo y a las respuestas «apropiadas»

ante tales factores estresantes para personas de la misma edad, género y nivel educativo en el entorno sociocultural del individuo.

El DSM-IV procura evadir la causalidad de los síntomas (como el trastorno por estrés postraumático y el trastorno de adaptación), de manera que no hay criterios para determinar cuándo el malestar psicológico se vuelve «clínicamente importante». En la práctica, esto suele basarse en una evaluación del grado de alteración que produce el malestar psicológico, no de lo «inadecuado» del mismo. Basándose en esta concepción del malestar psicológico, el peligro de la medicalización de las respuestas normales, la dificultad de distinguir el malestar psicológico normal y el inadecuado y el probable solapamiento sustancial entre la alteración funcional y el «malestar psicológico clínicamente significativo», según se funcionalizan en el DSM, indican que se perdería poco si se eliminara por completo de los criterios diagnósticos el término «malestar psicológico».

Otros autores (4) sostienen que el malestar psicológico es un componente subyacente de la ansiedad y la depresión que no es transitoria y no normal, una interpretación que es más congruente con el empleo del malestar psicológico en los sistemas del DSM y la ICD. Sin embargo, existen diferencias sustanciales en el tratamiento de la ansiedad de los dos sistemas diagnósticos y las incongruencias en el uso del término malestar psicológico entre los diferentes diagnósticos de cada sistema. En el DSM-IV tal malestar es un factor importante de la gravedad de los trastornos depresivos (equiparable a la alteración funcional), pero en la ICD-10 no se considera el malestar en el diagnóstico de los trastornos depresivos (a no ser como uno de los «síntomas no diagnósticos» de otros episodios depresivos). En los criterios del DSM-IV para las fobias y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el malestar es un indicador de gravedad (equiparable a la alteración) y se le asigna la misma categoría como una característica fundamental de los síntomas centrales (p. ej., los pensamientos recidivantes de TOC deben causar «ansiedad o malestar psicológico intensos»); en el ICD-10 el «malestar emocional» es un síntoma autónomo necesario para el diagnóstico de las fobias (no equiparado con la alteración) y un indicador de la gravedad del TOC (igualado con la alteración), pero no se menciona como una característica de

los síntomas centrales de las fobias o del TOC. En los criterios de la ICD-10 para el trastorno somatiforme, el «malestar psicológico persistente» lleva a una búsqueda repetida de asistencia, pero esto no se menciona en los criterios del DSM-IV. El trastorno de ansiedad por separación debe incluir «malestar psicológico excesivo o recidivante» (DSM-IV) o «malestar excesivo recidivante» (ICD-10) con respecto a la separación.

Estos ejemplos muestran que los dos sistemas diagnósticos utilizan el malestar psicológico como un síntoma autónomo, como un calificador de otros síntomas y como un indicador general de la gravedad; pero ni el DSM-IV ni la ICD-10 proporcionan una definición del término, de manera que puede haber una amplia gama de interpretaciones de los criterios diagnósticos correspondientes. El empleo frecuente de diversos calificadores de malestar en los criterios diagnósticos («clínicamente importante», «intenso», «excesivo», etc.) indica que el malestar psicológico es conceptualizado como un concepto dimensional que está truncándose para utilizarse como un criterio diagnóstico categórico, pero los sistemas diagnósticos no evalúan el grado de malestar y no proporcionan un mayor esclarecimiento sobre el umbral entre el malestar que es y que no es diagnósticamente importante.

La potencial eliminación de la alteración funcional en los criterios diagnósticos hace que el empleo inespecífico e incongruente del malestar psicológico en el DSM-IV y en la ICD-10 quede enfocado mucho más claramente, por cuanto el empleo actual más frecuente del malestar es como una medida de la gravedad equivalente a la alteración funcional. Ha habido una amplia gama de definiciones de malestar psicológico en la bibliografía (4), pero todavía no hay un consenso general y es improbable que surja alguno en un futuro previsible. Por consiguiente, si el DSM-V y la ICD-10 pretenden mantener el término, se debe incluir en el glosario una definición funcional no ambigua que claramente distinga el malestar psicológico de la depresión y la ansiedad, y se debe desarrollar un método para evaluar la gravedad del mismo.

Si no es posible establecer una definición funcional única y no solapada del malestar psicológico, recomendaría descartarlo del todo en los criterios diagnósticos y en la evaluación de la alteración funcional. Si es posible establecer tal definición, recomendaría utilizar el malestar psicológico

como uno de los componentes dimensionales de la evaluación de la alteración funcional para todos los trastornos (es decir, no parte de los criterios diagnósticos) y, tal vez, como un síntoma necesario u opcional para algunos diagnósticos específicos.

Bibliografía

1. Mulder RT. An epidemic of depression or the medicalization of distress? *Perspect Biol Med* 2008;51:238-50.
2. Horwitz AV. Distinguishing distress from disorder as psychological outcomes of stressful social arrangements. *Health* 2007; 11:273-89.
3. Wakefield JC, Schmitz MF, First MB et al. Extending the bereavement exclusion for major depression to other losses: evidence from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:433-40.
4. Wheaton B. The twain meet: distress, disorder and the continuing conundrum of categories. *Health* 2007;11:303-19.

La incorporación del concepto de discapacidad como un eje independiente en los sistemas diagnósticos del DSM-V y la ICD-11

JOSÉ LUIS VÁZQUEZ-BARQUERO

Department of Psychiatry, University Hospital Marques de Valdecilla, CIBERSAM, University of Cantabria, Santander 39008, Spain

El artículo de Üstün y Kennedy describe exhaustivamente la importancia de incluir el funcionamiento o la discapacidad en los procesos diagnósticos y de evaluación de la salud mental, lo mismo que analiza las diferentes formulaciones de este concepto y su evaluación en la ICD y el DSM. Los autores llegan a la conclusión de que, si bien ningún funcionamiento o discapacidad deberían aparecer como parte del umbral de diagnóstico en la revisión planificada de uno y otro sistema, es necesario un consenso internacional entre la ICD y el DSM con respecto al concepto y su evaluación.

Surgen aquí varios aspectos clave. El primero es si el concepto de discapacidad debería considerarse importante para la salud mental; el segundo es si los indicadores pertinentes de discapacidad («alteración funcional» en la terminología del DSM) deberían incluirse en la ICD y en el DSM como criterios independientes para el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos; y por último, si contamos con instrumentos de evaluación fiables y válidos en las diferentes culturas para evaluar este concepto.

En general se acepta que la discapacidad representa un concepto pertinente a la salud mental, con implicaciones

importantes para la clasificación de la evolución clínica y el pronóstico de los trastornos mentales (1). Asimismo, hay suficiente pruebas para sostener que debería tomarse en cuenta este concepto en la planificación de las intervenciones (2) así como en la evaluación de la respuesta al tratamiento y los resultados (3). Por consiguiente, las alteraciones funcionales deberían incorporarse en la configuración de un sistema de diagnóstico y clasificación de los trastornos mentales que sea apropiado.

Los autores describen las diferencias en la forma en que se ha incorporado la discapacidad en los sistemas de la ICD y del DSM. Para abordar estas discrepancias, son necesarias varias decisiones clave en el proceso de revisión de la ICD y el DSM: es necesario desarrollar un modelo conceptual de discapacidad válido común y que sea aplicable en diversas culturas; se debe determinar si el concepto de discapacidad ha de integrarse como un criterio para el diagnóstico de los trastornos mentales o como una dimensión que se ha de utilizar para la descripción de los aspectos clínicos pertinentes; y es necesario seleccionar instrumentos compatibles y válidos en las diversas culturas para la evaluación del concepto.

Por suerte, el nuevo modelo de discapacidad adoptado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (ICF) ha resultado válido y aplicable a diversas culturas (4).

En consecuencia, este modelo está listo para incorporarse como un marco de referencia conceptual de la discapacidad en la ICD-11 y el DSM-V. La ICF podría utilizarse como una guía para la incorporación de la alteración funcional en los nuevos sistemas de clasificación y en el futuro para el desarrollo de instrumentos de evaluación apropiados.

Habiéndose acordado el modelo de discapacidad que se incorporará en las versiones actualizadas de la ICD y el DSM, el problema radica en cómo debería integrarse el concepto en estos sistemas diagnósticos. Hemos de tomar en cuenta que la incorporación potencial de una manifestación clínica a los criterios diagnósticos depende de su propiedad de enriquecer el concepto diagnóstico del trastorno y de contribuir hacia un deslinde más preciso entre lo normal y lo patológico y entre los diferentes trastornos. Por consiguiente, el aspecto clave es que la característica pueda reducir los solapamientos diagnósticos y permita un mejor diagnóstico diferencial así como una diferenciación más clara para el pronóstico.

En el caso de la discapacidad, vemos que no tiene características específicas claras que permitan distinguir los diferentes trastornos psiquiátricos. Asimismo, es dudoso que la alteración funcional sea sensible y específica cuando se compara a sujetos de control sanos con enfermos mentales, y sobre todo al comparar a los pacientes con diferentes trastornos mentales. Un motivo adicional para no incorporar la discapacidad como un criterio diagnóstico es la falta de correlación precisa de la gravedad de los síntomas psiquiátricos con la intensidad de la alteración funcional, así como el hecho de que la alteración funcional a menudo aparece como una de las primeras manifestaciones de la enfermedad y persiste después de que se han resuelto los síntomas. En consecuencia, estamos de acuerdo con la opinión de los autores de no incluir el funcionamiento y la discapacidad como criterios diagnósticos en uno u otro sistema.

La alternativa propuesta de basarse en la evaluación de la discapacidad en un sistema específico independiente, como la ICF, tiene muchas limitaciones operacionales. Nuestro punto de vista es que el concepto de discapacidad debería incluirse en los dos sistemas como un eje independiente. En este sentido, pensamos que al incluir un eje de discapacidad

específico complementario proporcionaríamos un punto focal para la atención de clínicos e interesados. Esto aceleraría la implementación de tratamientos dirigidos a estas alteraciones y también ayudaría a conocer mejor estas alteraciones, a desarrollar instrumentos de evaluación más refinados y aumentar nuestros conocimientos en torno a los factores de riesgo y las causas de la discapacidad.

Un punto crítico adicional planteado por Üstün y Kennedy es la necesidad de incorporar en los sistemas diagnósticos modificados una estrategia de evaluación válida en las diversas culturas. La escala de discapacidad del DSM carece de un modelo conceptual claro; sus propiedades psicométricas no han sido verificadas suficientemente en los estudios interculturales; y combina en una sola dimensión la evaluación de la gravedad de los síntomas y de la alteración funcional (3, 5). Por otra parte, los instrumentos de evaluación incorporados en la ICF y en el WHO-DAS-II (6), aunque abordan la mayor parte de los problemas identificados para el instrumento de evaluación de la discapacidad DSM, todavía tienen la inconveniencia de que no se han concebido específicamente para satisfacer todas las necesidades del ejercicio clínico psiquiátrico cotidiano.

En consecuencia, nuestro punto de vista es que las versiones actualizadas del DSM y de la ICD deberían incorporar un nuevo instrumento de evaluación compatible para evaluar la discapacidad. Este instrumento idealmente debería poder evaluar adecuadamente las dimensiones clave del concepto en diferentes culturas y circunstancias clínicas, al igual que los diversos grados de gravedad en la enfermedad. Asimismo, debería ser sensible a las pequeñas modificaciones de la conducta que pueden producir cambios importantes en el funcionamiento social.

En resumen, desde la perspectiva de la alteración funcional y la discapacidad, el proceso de actualización de la ICD y el DSM idealmente debería considerar la factibilidad de: a) incluir un modelo común para la definición y la descripción de la discapacidad; para este fin, el establecido en la ICF al parecer es el más adecuado; b) analizar los diferentes criterios diagnósticos para distinguir los componentes de discapacidad de los indicadores de enfermedad y gravedad; c) definir un eje de discapacidad, independiente de síntomas clínicos y gravedad y con las dimensiones pertinentes definidas en la ICF; d) adaptar, y si es necesario, desarrollar instrumentos de evaluación válidos y aplicables en diversas culturas

para evaluar las dimensiones definidas en el eje de la discapacidad, en las diferentes alteraciones mentales, grados de gravedad y circunstancias clínicas.

Bibliografía

1. Murray CJL, Lopez AD. Global health statistics: a compendium of incidence, prevalence and mortality estimates for over 200 conditions. Cambridge: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996.
2. Marder SR. Integrating pharmacological and psychosocial treatments for schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102 (Suppl. 407):87-90.
3. Burns T, Parick D. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatr Scand* 2007;116:403-18.
4. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva: World Health Organization, 2001.
5. Gaité L, Vázquez-Barquero JL, Herran A et al. Main determinants of Global Assessment of Functioning score in schizophrenia: a European multicenter study. *Compr Psychiatry* 2005;46:440-6.
6. World Health Organization. World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS). Geneva: World Health Organization, 2000.

La alteración funcional puede tener diferentes significados

MYRNA M. WEISSMAN

Department of Psychiatry, College of Physicians and Surgeons, Columbia University; Division of Epidemiology, New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, NY 10032, USA

Bedirhan Üstün y el grupo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han realizado la investigación más refinada sobre la evaluación de la discapacidad como una parte integral de la clasificación psiquiátrica. Como hacen notar, el concepto de los años de vida ajustados con respecto a la discapacidad (AVAD) modificó la perspectiva de los trastornos psiquiátricos. La enfermedad mental en comparación con las enfermedades médicas graves aparecía entre los primeros lugares en la lista de los AVAD por cuanto los trastornos mentales comienzan a una temprana edad y no producen una

mortalidad precoz, de manera que el número de años que se vive con el trastorno suele ser muy prolongado, y da por resultado más AVAD. La tasa elevada de AVAD en los trastornos psiquiátricos, demostrada en todo el mundo, ha tenido un importante efecto en los conceptos sobre las enfermedades psiquiátricas y ha conferido importancia a la evaluación de la alteración funcional y la discapacidad en todo sistema de clasificación psiquiátrica.

En este artículo, el grupo de la OMS propone unificar la medición y la recogida de los datos sobre la discapacidad en el DSM y la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (ICF) de la OMS. Estoy de acuerdo con la importancia de unificar estos sistemas y también con el desarrollo de criterios operacionales para realizar las evaluaciones.

Los autores afirman que el concepto del funcionamiento es neutral y abarca todas las minusvalías de las funciones corporales, actividades, participación en situaciones vitales que se conocen al nivel corporal como alteraciones, al nivel personal como limitación de la actividad y al nivel social como restricciones de la participación. Los autores señalan que hay una similitud entre la ICD y el DSM en la funcionalización del diagnóstico. La notable excepción es que la ICD no exige el criterio importancia clínica para establecer un diagnóstico pero considera como requisito que se cumplan los criterios operacionales de la ICF en cuanto a discapacidad como un dominio diferente.

La evaluación global del funcionamiento (GAF) del DSM-IV, la Lista de Control de la ICF y el Esquema de Evaluación de la Discapacidad (DAS) de la OMS comprenden medidas de funciona-

miento social equiparables, como son las interacciones interpersonales, el llevarse bien con las personas y el funcionamiento laboral o escolar. Estos aspectos fácilmente pueden trasladarse a través de los dominios y también tienen relevancia en las diferentes culturas.

Cuestionaría el empleo de apartados como el aprendizaje y el aplicar el conocimiento o la comunicación, que no aparecen en la GAF, como parte de los criterios de funcionamiento y discapacidad. Estos apartados están relacionados con la formación, los ingresos y el coeficiente intelectual. Su inclusión en la evaluación de la discapacidad puede confundir el funcionamiento con la educación.

Bedirhan Üstün indica que es necesario funcionalizar los dominios de la ICF y estoy muy de acuerdo con ello, ya que dominios similares pueden tener todavía diferentes interpretaciones. Hace varios años, se nos pidió que comparásemos tres escalas de funcionamiento en un estudio de atención primaria (1). Estas tres esca-

las (el Estudio de Resultados Médicos, la Encuesta de la Salud en su Formulario Breve de 36 apartados, el SF-36; el autoinforme del ajuste social, SAS-SR; y la Escala de Evaluación de la Adaptación Social, SDSS) miden el funcionamiento laboral. Todas las escalas, cuando se aplicaron a los pacientes en un estudio en el ámbito de la atención primaria, pudieron diferenciar entre las personas con enfermedades psiquiátricas y las sanas. Sin embargo, las interrelaciones entre las escalas fueron moderadas incluso en los campos que comprendían dominios similares. Una comparación de las preguntas incluidas en las escalas demostró de qué manera diferían los enfoques en la evaluación laboral. La SAS-SR evalúa el número efectivo de días perdidos, el desempeño eficaz y las relaciones interpersonales en el trabajo, en tanto que la SDSS resalta la importancia del interés y la motivación y el SF-36 contiene preguntas sobre los problemas laborales. Si bien cada una de estas escalas abarcaba

el campo de evaluación laboral, sus enfoques en el funcionamiento laboral son muy diferentes. Recomendamos que los investigadores que seleccionan un instrumento de evaluación del estado funcional analicen cuidadosamente el contenido de cada escala y, si una evaluación de una amplia gama es muy decisiva, que utilicen más de una escala.

En conclusión, estoy en pleno acuerdo con la recomendación de Bedirhan Üstün y de la OMS de que se debe evaluar la alteración funcional por separado de los síntomas. Será útil contar con una evaluación similar para los diferentes sistemas diagnósticos. Es necesario prestar mucha atención a la equivalencia de las preguntas en cada uno de los dominios.

Bibliografía

1. Weissman MM, Olfson M, Gameroff MJ et al. A comparison of three scales for assessing social functioning in primary care. *Am J Psychiatry* 2001;158:460-6.

Factores que influyen en la alteración funcional y el pronóstico de las enfermedades mentales

FRANK NJENGA

Upper Hill Medical Center, Nairobi, Kenya

El artículo de Üstün y Kennedy plantea una serie de problemas que a menudo ocupan la mente del psiquiatra práctico.

Hay muchos casos en los cuales los trastornos leves producen discapacidad grave, mientras que en otras ocasiones los trastornos graves no parecen causar gran discapacidad funcional. Un caso frecuente en el ejercicio clínico es el del paciente que presenta lo que parece una esquizofrenia y que no tiene un deterioro gradual grave de su capacidad para arreglárselas con sus asuntos sin ningún agravamiento distinguible de los síntomas clínicos. En este caso, hay una desconexión notable entre la gravedad del trastorno y la de la discapacidad social y funcional concomitantes.

Al tratar de comprender mejor estos dos conceptos, entran en juego rápidamente otros factores complicantes pero pertinentes e importantes. El entorno

cultural y social representa un ejemplo de cómo un trastorno leve con consecuencias discapacitantes graves en un medio puede tener consecuencias discapacitantes mínimas en otro. En los estilos de vida nómadas, rurales, característicos de las poblaciones pastoriles semiáridas de África oriental, existen poderosos sistemas de apoyo social que permiten a las personas con enfermedad moderada a grave vivir en la sociedad sin gran discapacidad manifiesta (1). Por lo contrario, el trastorno mental de la misma gravedad tendría consecuencias devastadoras y se manifestaría como una discapacidad grave en los barrios urbanos y periurbanos de las grandes ciudades africanas, donde no se cuenta con sistemas de apoyo social y en los que la pobreza urbana, la delincuencia y la infraestructura deficiente conspiran para asegurar la supervivencia de sólo el más apto. Así, pues, en estos casos la vida urbana africana volvería más evidente la discapacidad.

El tratamiento o la falta del mismo tienen un efecto similar aunque no el

mismo. Las enfermedades mentales graves pero que se tratan pueden acabar con la discapacidad mínima, mientras que un trastorno leve pero que no se trata tiene el efecto opuesto. El acceso a la atención médica disponible es un tema complejo y no simplemente una función de la disponibilidad del servicio. El estigma, la educación y las distancias a las que se encuentran los servicios son algunos de los múltiples factores que intervienen (2).

En muchas culturas, las enfermedades mentales siguen siendo objeto de un gran estigma y de culpa (3). En lugares donde los pacientes con las formas más leves de los trastornos son ocultados para evitar la vergüenza por tales trastornos, la discapacidad parecería ser desproporcionada a la gravedad.

Otro factor que a menudo hace que los trastornos leves tengan características de una gran discapacidad es la falta de asistencia o tratamiento. Las personas con apoyo social o familiar son relegadas a los grupos marginales de la sociedad sin tener necesariamente una enfermedad

grave, pero se vuelven discapaces en el sentido de no poder hacer frente a las exigencias de la vida familiar.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno mental frecuente (4) que en el ejercicio clínico representa el gran contraste entre la gravedad de los trastornos y la magnitud de la discapacidad. El obrar con dilación es un síntoma frecuente del TDAH. En algunos casos adopta gran importancia por cuanto interfiere en el desempeño de roles, lo que comprende, en los adolescentes, los logros educativos, la formación profesional y el involucrarse en relaciones que podrían llevar a uniones conyugales. Estos individuos superficialmente parecen estar bien, pero durante un periodo de la vida adulta se vuelven muy discapaces, sin la capacidad para llevar una vida independiente y necesitan atención y protección.

En el proceso de conceptualizar la discapacidad en relación con la gravedad clínica, hay casos en los que el trastorno mental grave (como en el ejemplo anterior) no lleva a ninguna alteración funcional significativa. Los celos patológicos (5) son un ejemplo fácil de un trastorno de gran gravedad, pero en algunos casos sin alteraciones en la función social y laboral. La persona que los padece está del todo discapacitada en un dominio (matrimonio), pero funciona absolutamente bien en otros ámbitos, como en el trabajo. Los médicos describen casos en los que un varón establecerá redes muy elaboradas para espiar y descubrir a la esposa infiel, gastará grandes sumas de dinero y energía para atraparla en la creencia delirante de la infidelidad. Muchos de estos varones, por lo menos en las primeras etapas del trastorno, no manifiestan ninguna forma de alteración funcional, pese a sufrir un trastorno clínico muy importante, el cual, si no se tra-

ta, podría llevar a la pérdida de la esposa o a matarla.

La anorexia nerviosa sigue siendo un tema muy controvertido en África (6). La evidencia disponible parece indicar que es un trastorno raro entre los grupos de africanos indígenas. Se han planteado explicaciones genéticas, ambientales y culturales para explicar esta observación (7). La situación en Europa y en América es opuesta, y una gran discapacidad afecta a millones de mujeres jóvenes, quienes desde la perspectiva de los africanos, «simplemente rehúsan consumir alimentos». Visto desde esta perspectiva, uno comienza a comprender cómo un trastorno discapacitante en un continente puede tener escasa o nula importancia en otro.

Los esfuerzos por definir la discapacidad desde la perspectiva operacional y separarla del proceso patológico plantea otras dificultades. En el siglo XXI, millones de personas trabajan y viven en países diferentes a aquellos en los que nacieron. Algunos emigran por motivos políticos, económicos o de seguridad. El caso de la gente somalí es un ejemplo de las personas que no tienen un hogar en el sentido ordinario y que hoy en día están esparcidas geográficamente por todo el mundo, en África oriental, Europa y América.

Las exigencias que a tales inmigrantes plantean un idioma, una tecnología y un clima que son diferentes y el simple hecho de ser «extranjero» generan más problemas de salud mental en las personas con enfermedades mentales leves e incluso graves. El ser un nuevo inmigrante en sí implica tensiones adicionales para un individuo y hace que una discapacidad leve en su país se convierta en una discapacidad grave en el país adoptado. La obtención de información sobre la discapacidad en comunidades

de inmigrantes debe seguir tomando en cuenta esta realidad.

Los médicos atienden a varones y mujeres con discapacidad funcional grave que en sus países de origen trabajaban como abogados, médicos, ingenieros o como profesionales en otros campos. En estos casos, la discapacidad grave está determinada en gran parte por el proceso patológico y también por todos los factores que crearon la posición de refugiado.

Cualquier sistema futuro de clasificación debe tratar de abordar todos estos aspectos y señalar claramente las limitaciones planteadas por las múltiples variables en juego en la situación clínica o de investigación.

Bibliografía

1. Kebede D, Alem A, Shibire T et al. Symptomatic and functional outcome of bipolar disorder in Butajira, Ethiopia. *J Affect Disord* 2006;90:239-49.
2. Wang PS, Angermeyer M, Borges G et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007;6:168-76.
3. 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;373:353-432.
4. Fayyad J. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* 2007;190: 402-9.
5. Shepherd M. Morbid jealousy: some clinical and social aspects of a psychiatric symptom. *J Ment Sci* 1961;107:688-704.
6. Njenga FG, Kang'ethe RK. Anorexia nerviosa in Kenya. *East Afr Med J* 2004;81:188- 93.
7. Njenga F. The concept of mental disorder: an African perspective. *World Psychiatry* 2007;6:166-7.

La prevalencia y las correlaciones de los trastornos conforme al DSM-IV en la Encuesta de la Salud Mental de Iraq (IMHS)

SALIH ALHASNAWI¹, SABAH SADIK¹, MOHAMMAD RASHEED¹, ALI BABAN², MAHDI M. AL-ALAK², ABDULRAHMAN YONIS OTHMAN³, YONIS OTHMAN³, NEZAR ISMET³, OSMAN SHAWANI⁴, SRINIVASA MURTHY⁵, MONAF ALJADIRY⁵, SOMNATH CHATTERJI⁶, NAEEMA AL-GASSEER⁵, EMMANUEL STREEL⁵, NIRMALA NAIDOO⁶, MOHAMED MAHMOUD ALI⁵, MICHAEL J. GRUBER⁷, MARIA PETUKHOVA⁷, NANCY A. SAMPSON⁷, RONALD C. KESSLER⁷, ON BEHALF OF THE IRAQ MENTAL HEALTH SURVEY STUDY GROUP

¹Iraq Ministry of Health; ²Iraq Ministry of Planning and Developmental Cooperation; ³Kurdistan Region Ministry of Health; ⁴Kurdistan Region Ministry of Planning and Developmental Cooperation; ⁵World Health Organization, Iraq Office, Amman, Jordan; ⁶World Health Organization, Geneva, Switzerland; ⁷Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, 180 Longwood Avenue, Boston, MA 02115, United States

Se presentan los datos sobre la prevalencia y las correlaciones de trastornos por ansiedad, afectivos, conductuales y por toxicomanía de una encuesta nacional realizada en 2007-2008 en la población de Iraq, la Encuesta de Salud Mental de Iraq (IMHS). El Ministerio de Salud de Iraq llevó a cabo la IMHS en colaboración con el Ministerio de Planificación de Iraq y la Iniciativa para la Encuesta de Salud Mental Mundial (WMH) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Un grupo profano de investigadores capacitados realizaron entrevistas a una muestra de probabilidad de habitantes de Iraq. Se utilizó la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) de la OMS para evaluar los trastornos del DSM-IV. La tasa de respuesta fue de un 95,2%; la prevalencia estimada de presentar cualquier trastorno en el curso de la vida fue del 18,8%. El análisis de las cohortes documentó una prevalencia de la mayoría de los trastornos en las generaciones significativamente creciente en el curso de la vida. Esta fue más acusada para el trastorno por pánico y el trastorno por estrés postraumático, con una prevalencia en el curso de la vida a la fecha de 5,4-5,3 veces más elevada a edades equiparables en las cohortes de los más jóvenes (edades de 18 a 34) que de los ancianos (edades 65 y más). Los trastornos por ansiedad fueron la clase de trastornos más frecuente (13,8%) y el trastorno depresivo mayor (TDM) el trastorno más frecuente (7,2%). La prevalencia de cualquier trastorno a los 12 meses fue de un 13,6% y el 42,1% de los casos fue clasificado como leve, un 36,0% como moderado y un 21,9% como grave. Los trastornos más a menudo clasificados como graves fueron el trastorno bipolar (76,9%) y los trastornos relacionados con drogas (54,9%). En general las correlaciones sociodemográficas fueron congruentes con las encuestas epidemiológicas internacionales, con las dos excepciones de ninguna diferencia de género significativa en los trastornos afectivos y correlaciones positivas de los trastornos por ansiedad y afectivos con el grado de formación. Sólo el 2,2% de los encuestados en la IMHS comunicaron recibir tratamiento por problemas emocionales en los 12 meses previos a la entrevista, entre los cuales un 23,7% tenían trastornos graves, el 9,2% moderados y el 5,3% leves, lo mismo que un 0,9% de los demás encuestados. La mayor parte del tratamiento médico, que en términos generales tuvo una distribución igual entre los sectores de la medicina general y de las especialidades, fue de baja intensidad. Se necesitan análisis más detallados de los obstáculos para la búsqueda de tratamiento a fin de obtener información que sirva al gobierno en sus esfuerzos por expandir la detección y el tratamiento de los trastornos mentales.

Palabras clave: Enfermedad mental, epidemiología, Iraq, Encuestas de la Salud Mental Mundial.

(*World Psychiatry* 2009;8:97-109)

Se dispone de una amplia bibliografía sobre las consecuencias en la salud mental del despliegue de las fuerzas armadas estadounidenses y del Reino Unido en Iraq (1, 2) y sobre sus familias (3, 4). Sin embargo, prácticamente no se sabe nada sobre la salud mental de la población iraquí, con la excepción de algunas investigaciones que documentan las tasas elevadas de psicopatología entre los niños iraquíes (5) y los solicitantes de asilo (6). Existen buenos motivos para creer que los trastornos mentales son frecuentes en la población iraquí. En primer lugar, las torturas eran frecuentes en Iraq por lo menos en los tres decenios previos a la invasión que tuvo lugar en marzo de 2003, de manera que las encuestas señalaban que hasta un 50% de los hogares en algunas zonas tenían un familiar que había sido torturado (7). Las investigaciones epidemiológicas demuestran claramente que las víctimas de tortura tienen elevadas tasas de enfermedades mentales (8). En segundo lugar, las tasas de mortalidad en Iraq aumentaron sustancialmente desde la invasión en marzo de 2003, aunque son muy variables las estimaciones de la magnitud de este incremento (9-11). Las investigaciones epidemiológicas demuestran claramente que la

exposición a la violencia y muerte masiva conlleva tasas elevadas de enfermedades mentales (12). En tercer lugar, la organización Refugees International estima que más de 1,5 millones de los aproximados 25 millones de ciudadanos iraquíes antes de la invasión, en la actualidad son desplazados internamente por la guerra, y otros 2,5 millones viven como refugiados en países aledaños (13). Las pruebas epidemiológicas demuestran claramente que esta clase de desplazamiento de masas conlleva tasas elevadas de enfermedades mentales (14). En cuarto lugar, muchos iraquíes siguen viviendo en un clima de temor a la violencia y de trastornos concomitantes en las actividades cotidianas que podrían tener efectos adversos sobre su salud mental.

Para tratar de obtener datos descriptivos básicos sobre la prevalencia y las correlaciones de los trastornos mentales en las familias iraquíes con fines de planificar los tratamientos, el Ministerio de Salud de Iraq, en colaboración con el Ministerio de Planificación de Iraq y la Organización Mundial de la Salud (OMS), llevó a cabo una encuesta nacional para la evaluación de las necesidades de salud mental junto con la Encuesta de Salud Familiar de Iraq (9). Esta Encuesta de salud mental de

Iraq (IMHS) se implementó como parte de la Iniciativa para la Encuesta de la Salud Mental Mundial (WMH) de la OMS, una serie de encuestas de evaluación representativas de las necesidades de salud mental en 28 países que utilizan medición y procedimientos de campo uniformes para generar datos comparativos nacionales válidos (15). Este informe presenta los primeros resultados de la IMHS.

MÉTODOS

Muestra

La IMHS es una encuesta representativa a escala nacional de 4.332 adultos (de 18 años y más) realizada simultáneamente con la Encuesta de Salud Familiar de Iraq (IFHS).

Las dos encuestas se concluyeron en 2006-2007 bajo la dirección del Ministerio de Salud de Iraq, la Organización Central de Iraq para Estadísticas y Tecnología de la Información (COSIT), el Ministerio de Salud de la Región de Kurdistán (MoHK) y la Oficina Regional de Estadísticas de Kurdistán (KROS). Tanto la IFHS como la IMHS realizaron entrevistas personales en una muestra representativa a escala nacional de las familias iraquíes. La IMHS se realizó en las provincias centrales y del sur durante agosto y septiembre de 2006, en Anbar durante octubre y noviembre de 2006 y en la región de Kurdistán durante febrero y marzo de 2007. La tasa de respuesta de la IMHS fue de un 95,2%.

La muestra para la IMHS fue un subgrupo de los segmentos de muestra al nivel de manzana utilizados en la IFHS. Se dividió Iraq en 56 estratos diferentes a fin de seleccionar esta muestra inicial. Estos estratos fueron tres en cada una de las 17 provincias fuera de Bagdad (la metropolitana representando la capital del gobierno, otra zona urbana fuera de la capital, y la zona rural) y cinco en Bagdad (tres partes de la ciudad, que representaron a la ciudad de Sadar, el lado Rusafah y el lado Al-Karkh; todas las demás zonas urbanas en la ciudad; y todas las zonas rurales fuera de la ciudad en la zona metropolitana). Cada estrato fue dividido en segmentos de muestra al nivel de manzana que fueron conjuntados para fines de selección de la muestra. Se seleccionaron 18 de estos segmentos (nueve pares) con probabilidades proporcionales al tamaño de cada uno de los 56 estratos de población. Después, se seleccionaron cinco domicilios de manera aleatoria en cada segmento y se seleccionó un adulto (edades de 18 y más) utilizando las tablas de Kish para la entrevista en cada domicilio. Algunos segmentos en el estrato de Al-Karkh en Bagdad y en las provincias de Anbar y Nineveh fueron reemplazados a causa de problemas de seguridad. Estos segmentos reemplazados fueron sobremuestreados previendo las bajas tasas de respuesta.

Puesto que el marco de muestreo se basó en los datos administrativos, se obtuvo una nueva lista de domicilios antes de seleccionar los hogares de cada segmento. Se modificaron las medidas del tamaño del segmento basándose en esta nueva enumeración y se ponderaron los datos para ajustar con respecto a las discrepancias entre los números de domicilios esperados y observados. Se utilizó una ponderación adicional para el ajuste con respecto a las diferentes probabilidades de selección de domicilios en todos los estratos y las diferentes probabilidades de selección dentro de cada domicilio como una función del número de adultos de cada domicilio. Por último, se aplicó una ponderación posestratificación a los datos para igualar la

distribución conjunta de la muestra en edad, género sexual y geografía a la distribución de la población.

Evaluación diagnóstica

Como se mencionó antes, se llevó a cabo la IMHS como parte de la Iniciativa para la Encuesta de la WMH (16). Los diagnósticos en la IMHS, al igual que en todas las demás encuestas de la WMH (17), se basaron en la versión 3.0 de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) de la OMS (16), una entrevista completamente estructurada administrada por profanos que genera diagnósticos de acuerdo con las definiciones y los criterios de los sistemas diagnósticos de la ICD-10 y del DSM-IV. Aquí se utilizaron los criterios del DSM-IV. Los trastornos evaluados comprendieron trastornos afectivos (trastorno depresivo mayor, TDM; trastorno distímico, trastorno bipolar I y II, trastorno bipolar subumbral), trastornos por ansiedad (trastorno por pánico, agorafobia sin un antecedente de trastorno por pánico, trastorno por ansiedad generalizada, TAG; fobia específica, fobia social, trastorno por estrés postraumático, TEPT; trastorno obsesivo-compulsivo, TOC), trastornos de la conducta (trastorno explosivo intermitente, trastorno por déficit de atención e hiperactividad) y trastornos relacionados con drogas (alcoholismo agudo, alcoholismo crónico con intoxicación alcohólica aguda, abuso de drogas, drogodependencia con abuso de drogas). Se utilizaron reglas de jerarquía diagnóstica y de exclusión orgánica para establecer todos los diagnósticos.

Como se detalla en otra parte (18), las entrevistas de reevaluación clínica con enmascaramiento con una submuestra de probabilidad de encuestados de la CIDI en una serie de encuestas de la WMH mostraron en general una concordancia satisfactoria entre los diagnósticos basados en la CIDI y los basados en la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID) (19). La compleja logística imposibilitó el llevar a cabo un estudio de reevaluación clínica en la IMHS.

La CIDI evalúa los trastornos que se presentan en el curso de la vida y luego obtiene información retrospectiva sobre la edad de instauración (EDI) y lo reciente del trastorno. Nos centramos en el informe actual sobre la prevalencia en el curso de la vida y en 12 meses. Basándose en la evidencia de los informes retrospectivos de la EDI que a menudo son erróneos (20), se utilizó una secuencia de preguntas especiales para mejorar la exactitud de la notificación de la EDI. Esta serie comenzó con preguntas concebidas para resaltar la importancia de la respuesta exacta: «¿Puede recordar su edad exacta cuando por primera vez (énfasis en el original) tuvo el síntoma/síndrome?» Los encuestados que respondieron «no» fueron investigados para determinar un límite de incertidumbre desplazando en sentido ascendente el intervalo de edad (p. ej., «¿Fue antes que fuese a la escuela?»; «¿Fue antes de los 13 años de edad?», etc.). La instauración del trastorno se estableció en el extremo superior del límite de incertidumbre (p. ej., 12 años de edad para los encuestados que comunicaron que el inicio fue antes de comenzar su adolescencia). La investigación experimental ha demostrado que esta secuencia de preguntas genera respuestas más plausibles que las preguntas estándar sobre la edad de instauración (21).

Los casos de 12 meses se clasificaron bajo un esquema de tres categorías consistentes en grave, moderada o leve, basándose en la información adicional recabada en las entrevistas. Se clasificaron los casos como *graves*, si había ocurrido uno

de los siguientes: una tentativa de suicidio en los 12 meses con una intención de letalidad importante; limitaciones sustanciales en el trabajo a consecuencia de un trastorno mental o relacionado con una droga; trastorno bipolar I, drogodependencia con un síndrome de dependencia fisiológica, un trastorno de la conducta asociado a un hecho violento importante repetido o cualquier trastorno que hubiese dado por resultado 30 o más días de disfunción en el año previo a la entrevista.

Los casos no clasificados como graves fueron clasificados como moderados si habían tenido uno de los siguientes: indicio, plan o pensamiento de suicidio en el año previo; drogodependencia en los 12 meses sin una alteración funcional importante; una limitación laboral por lo menos moderada a consecuencia de un trastorno mental o relacionado con drogas; o cualquier trastorno en 12 meses con una alteración funcional por lo menos moderada en dos o más dominios de las Escalas de Discapacidad de Sheehan (SDS, 22). La SDS evaluó la discapacidad en rendimiento laboral, labores domésticas, vida social y relaciones íntimas en escalas analógicas visuales de 0-10 con descriptores verbales, y puntuaciones de escala asociada, de ninguna (0), leve (1-3), moderada (4-6), grave (7-9) y muy grave (10).

Todos los demás casos en 12 meses fueron clasificados como leves. Para evaluar la significación de estas calificaciones de la gravedad, comparamos el número de días en los últimos 12 meses en que los encuestados comunicaron una imposibilidad total para llevar a cabo sus actividades cotidianas normales a causa de problemas mentales o relacionados con drogas. La media ($\pm$ error estándar) de esta variable fue significativamente más alta ($F_{2,4,329} = 77,2; p < 0,001$) entre los encuestados clasificados como graves ($59,9 \pm 14,6$) que moderados ($9,3 \pm 1,7$) o leves ($7,0 \pm 3,1$).

Tratamiento

A todos los encuestados en la IMHS se les preguntó si alguna vez recibieron tratamiento por «problemas con sus emociones o nervios o por su consumo de alcohol o drogas». Se realizaron evaluaciones separadas para los diferentes tipos de profesionales. Después, se hicieron preguntas de seguimiento sobre edad de instauración y contacto más reciente con cada tipo de personal sanitario así como número y duración de las visitas a cada profesional en los últimos 12 meses. Asimismo, se les preguntó a los encuestados sobre medicamentos específicos que recibieron en los últimos 12 meses para tratar problemas con emociones, nervios o uso de alcohol o drogas (nombre del fármaco, dosis diaria y duración del tratamiento). El tratamiento se clasificó en las siguientes categorías a efectos del informe actual: especialista en salud mental (psiquiatra, psicólogo y otros profesionales de salud mental no psiquiatras), médicos generales (médico de atención primaria, otro médico general, enfermera o cualquier otro profesional sanitario que no correspondiese al sector de la especialidad de salud mental) y servicios humanos (consejero religioso o espiritual, trabajador social o consejero en cualquier ámbito diferente al de la especialidad del contexto de salud mental). Puesto que el tratamiento de todos los servicios humanos fue proporcionado por consejeros espirituales, utilizamos el término *consejero espiritual* más que servicios *humanos* al presentar los resultados. También hicimos preguntas sobre personal de medicina alternativa y complementaria (MAC) (p. ej., espiritistas o

curanderos naturales), pero ninguno de los encuestados en la IMHS manifestaron haber recibido tratamiento de proveedores de MAC. El tratamiento especializado en salud mental se combinó con el tratamiento médico general en una categoría más amplia de tratamiento asistencial.

Tomando en cuenta las directrices basadas en la evidencia disponible (23-29), el tratamiento se clasificó como *adecuado* si el paciente había recibido farmacoterapia (un mes o más de medicación además de un mínimo de cuatro consultas a cualquier tipo de profesional) o psicoterapia (por lo menos ocho consultas a cualquier profesional de servicios sanitarios o humanos). La decisión para establecer como requisito por lo menos cuatro consultas para farmacoterapia se basa en las directrices de tratamiento publicadas (23,28). Se necesitaron por lo menos ocho sesiones para una psicoterapia mínimamente adecuada, basándose en el hecho de que los ensayos clínicos que demuestran eficacia en general han incluido por lo menos ocho consultas de psicoterapia (23-28). Teniendo presente el hecho de que los encuestados que comenzaron el tratamiento poco antes de la entrevista pueden no haber tenido tiempo para cumplir con los requisitos así como el hecho de que se han desarrollado tratamientos muy breves para determinar trastornos (30, 31), creamos una definición más amplia de *tratamiento de seguimiento* que consistió en recibir por lo menos dos consultas en un sector de tratamiento apropiado (una consulta para evaluación/diagnóstico presuntivo y por lo menos otra para tratamiento).

Correlaciones sociodemográficas

Las correlaciones sociodemográficas de los trastornos presentados en el curso de la vida y que se analizan en el presente estudio comprenden edad en el tiempo de la entrevista (18-34, 35-49, 50-64, 65 y más), género sexual y grado de educación. este último se agrupó en las siguientes categorías: bajo (0 años de educación), bajo promedio (algo de educación pero sin educación secundaria; 1-6 años), alto promedio (un mínimo de algunos años de secundaria pero no postsecundaria; 7-12 años) y alto (un mínimo de alguna educación postsecundaria, 13+ años). Se utilizaron estas variables sociodemográficas como pronosticadoras de la instauración de la enfermedad en el curso de la vida en un modelo de supervivencia, lo que significa que cada variable fue codificada como correspondiente a cada año en la vida de cada encuestado. Esto se realizó para la educación presuponiendo que cada encuestado con cualquier grado de educación comenzó la escuela a los 5 años de edad y continuó toda su formación sin interrupción.

Se utilizó una serie más amplia de variables sociodemográficas para el estudio de los trastornos en 12 meses. Además de las mencionadas antes, éstas comprenden estado conyugal (actualmente casado, previamente casado, nunca casado) e ingresos familiares. Los ingresos familiares se dividieron en cuatro categorías. Se definieron los ingresos bajos como un cociente de ingresos con respecto al número de familiares (I/F) menor de la mitad que la mediana en la muestra total. Se definieron los ingresos bajos promedio como cualquier ingreso mayor que el bajo en hasta 1,5 tantos la mediana del I/F. Se definió el ingreso alto promedio como un ingreso mayor que el bajo promedio hasta 3,0 tantos la mediana del I/F. Los ingresos altos se definieron como cualquier ingreso mayor que el alto promedio.

Procedimientos de análisis

Como se mencionó antes, los datos fueron ponderados para ajustar con respecto a las diferentes probabilidades de selección y con respecto a las diferencias residuales entre la muestra y la población iraquí en la clasificación cruzada de edad, género sexual y residencia geográfica de los encuestados. Se utilizaron estos datos ponderados para calcular la prevalencia en el curso de la vida y en 12 meses. Después, se utilizó el análisis de supervivencia para estimar la probabilidad acumulada del trastorno en el curso de la vida. Se utilizó el método actuarial (32) implementado en el programa SAS V8.2 (32) en vez del método más conocido de Kaplan-Meier (34) que genera curvas de supervivencia, ya que el primero ofrece la ventaja de que estima los inicios de los trastornos al cabo de un año.

Se utilizó el análisis de la supervivencia en un tiempo definido (35) tomando en cuenta como unidad de análisis los años-persona para examinar los factores sociodemográficos pronosticadores de los trastornos en el curso de la vida. Se exponenciaron los coeficientes de supervivencia y sus errores estándar y se comunicaron como cocientes de posibilidades, u oportunidades relativas (OR), con intervalos de confianza del 95%. Uno de los factores pronósticos fue la edad de los sujetos a la que se realizó la entrevista. Un efecto significativo de la edad a la que se realizó la entrevista puede interpretarse como un efecto de cohorte; es decir, como un cambio temporal en la prevalencia del trastorno en una determinada edad a través de generaciones sucesivas. Se utilizó el análisis de regresión logística (36) para estudiar las correlaciones sociodemográficas de los trastornos y el tratamiento en 12 meses.

En todos los análisis se utilizaron métodos basados en el diseño para ajustar con respecto al conglomerado geográfico y la ponderación de los datos. Se estimaron los errores estándar utilizando el método de linealización en serie de Taylor implementado en el programa SUDAAN (37). Se evaluó la significancia multifactorial con las pruebas de la χ^2 de Wald basándose en matrices de varianza-covarianza del coeficiente basadas en el diseño. Se evaluó la significación estadística utilizando las pruebas basadas en el diseño bilateral y un grado de significancia de 0,05.

RESULTADOS

Prevalencia de los trastornos mentales conforme al DSM-IV en el curso de la vida

La frecuencia estimada de cualquier trastorno conforme a DSM-IV/CIDI en el curso de la vida es de un 18,8%. La clase de trastornos con más prevalencia son los trastornos por ansiedad (13,8%) seguidos de los trastornos afectivos (7,5%), el trastorno de la conducta (1,8%) y los trastornos relacionados con drogas (0,9%). Los trastornos individuales con mayor prevalencia en el curso de la vida son el trastorno depresivo mayor (7,2%), el trastorno obsesivo-compulsivo (4,6%), la fobia específica (4,2%) y el trastorno por ansiedad generalizada (3,7%) (Tabla 1).

Las estimaciones de la prevalencia varían en grado significativo según la edad para diversos trastornos por ansiedad y afectivos, pero no para los trastornos conductuales o relacionados con drogas. Las estimaciones de la prevalencia aumentan con la edad de una manera generalmente repetida para el trastorno por ansiedad generalizada (TAG), el trastorno por

estrés postraumático (TSPT) y el trastorno maniaco depresivo (TMD), pero disminuyen en forma repetida con la edad en el caso de la fobia específica. Una diferencia de edad significativa en el trastorno obsesivo compulsivo se debe a una prevalencia mucho mayor en el grupo de edad de 65 y más (1,7%) que en los grupos más jóvenes (3,7-5,2%) más que a una disminución monótona con la edad.

Distribuciones de la edad de instauración

Las distribuciones de las estimaciones acumuladas del riesgo en el curso de la vida para los centiles fijos de cada trastorno muestran que la mediana de la EDI (es decir, el centil 50 en la distribución de la EDI) es el más precoz para los trastornos de la conducta (17 años de edad), el más tardío para los trastornos afectivos (46 años de edad) y el intermedio para los trastornos por ansiedad (25 años de edad) (Tabla 2). La distribución de la EDI no pudo estimarse para los trastornos relacionados con las drogas a causa de su baja prevalencia. Dentro de los trastornos por ansiedad, la mediana de la EDI es la más precoz para las fobias (7-14 años de edad) y para el trastorno por estrés postraumático (16 años de edad), más tardía para el trastorno por ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo-compulsivo (51-54 años de edad) e intermedia para el trastorno por pánico (35 años de edad).

Las distribuciones de la EDI de trastornos individuales fueron diferentes no sólo en las medianas sino también en los intervalos. Es útil analizar estas diferencias centrándose en el intervalo intercuartílico (IIC; el número de años entre los centiles 25 y 75 de las distribuciones de la EDI) para cada trastorno. El IIC es de sólo 5-8 años para las fobias. Esto significa que la mayoría de las personas con fobias tienen su instauración inicial en un intervalo de edad muy estrecho durante la infancia o los años de la adolescencia. El intervalo intercuartílico para el trastorno por estrés postraumático también es muy restringido, 12 años, lo que significa que la mayoría de los iraquíes que alguna vez llegan a presentar este trastorno lo hacen entre las primeras fases de la adolescencia y a mediados de su segundo decenio de edad (13-25). El intervalo intercuartílico para el trastorno explosivo intermitente es más amplio, 17 años (14-31). En cambio, los IIC para los trastornos restantes son muy variables, de entre 26 y 34 años.

Riesgo proyectado en el curso de la vida

Se utilizaron las distribuciones de la EDI para generar las estimaciones del riesgo proyectado de por vida como la edad de 75. Si todos los encuestados de la muestra viviesen hasta los 75 años de edad, el modelo calcula que un 40,8% de ellos tendría un antecedente de por lo menos uno o dos de los trastornos aquí considerados en el curso de la vida. Esto corresponde a más del doble de la prevalencia a la fecha en el curso de la vida de 18,8% en la muestra. Los trastornos con los mayores índices de riesgo a prevalencia (R/P) en el curso de la vida son el trastorno maniaco depresivo (R/P = 3,9), el trastorno por ansiedad generalizada (3,1) y el trastorno por estrés postraumático (3,6). En comparación, los índices de R/P más bajos son para las fobias (1,0), el trastorno obsesivo compulsivo (1,2), el trastorno explosivo intermitente (1,3) y el trastorno por pánico (1,6). Estas diferencias entre los trastornos reflejan la diferencia en la EDI.

Tabla 1. Prevalencia de los trastornos conforme al DSM-IV y la WMH-CIDI en el curso de la vida en la muestra total y en cuatro grupos de edad

	Grupo de edad										χ^2_3
	Total		18-34		35-49		50-64		65+		
	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE	
<i>Trastorno por ansiedad</i>											
Trastorno por pánico	1,4	0,3	1,3	0,4	2,1	0,5	0,6	0,3	1,2	0,7	8,8*
Trastorno por ansiedad generalizada	3,7	0,5	2,8	0,4	4,2	0,9	4,2	1,2	8,2	2,7	9,8*
Fobia social	0,8	0,2	0,9	0,3	1,0	0,5	0,3	0,2	0,4	0,4	3,6
Fobia específica	4,2	0,4	4,9	0,7	3,9	0,8	3,6	1,2	1,2	0,6	13,5*
Agorafobia	0,8	0,2	1,1	0,4	0,4	0,2	0,4	0,2	0,6	0,6	3,7
Trastorno por estrés posttraumático	2,5	0,2	1,6	0,4	2,9	0,5	3,7	0,8	4,9	1,9	11,8*
Trastorno obsesivo-compulsivo	4,6	0,5	5,1	0,7	3,7	0,6	5,2	1,0	1,7	0,8	11,5*
Cualquier trastorno por ansiedad	13,8	0,8	13,8	1,1	13,2	1,1	14,7	1,8	14,6	2,2	0,7
<i>Trastornos afectivos</i>											
Trastorno depresivo mayor	7,2	0,6	14,9	0,6	7,9	1,0	11,7	2,1	13,0	2,1	27,4*
Trastorno distímico	0,2	0,1	10,2	0,1	0,1	0,0	0,6	0,6	0,0	0,0	8,3
Trastorno bipolar	0,2	0,1	10,1	0,0	0,5	0,4	0,4	0,2	0,0	0,0	7,1
Cualquier trastorno afectivo	7,5	0,6	15,0	0,7	8,5	1,0	12,1	2,1	13,0	2,1	27,9*
<i>Trastornos de la conducta</i>											
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	5,7
Trastorno explosivo intermitente	1,7	0,2	1,5	0,3	2,9	0,8	1,4	0,7	0,7	0,7	5,8
Cualquier trastorno de la conducta	1,8	0,2	1,5	0,3	3,0	0,8	1,4	0,7	0,7	0,7	6,4
<i>Trastornos relacionados con drogas</i>											
Alcoholismo agudo	0,7	0,2	0,7	0,3	0,9	0,5	0,7	0,4	0,3	0,3	1,1
Alcoholismo crónico	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,0	0,0	4,4
Abuso de drogas	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	3,7
Drogodependencia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
Cualquier trastorno relacionado con drogas	0,9	0,3	0,9	0,3	0,9	0,5	0,8	0,4	0,3	0,3	1,9
<i>Todos los trastornos</i>											
Cualquier trastorno	18,8	0,9	17,6	1,2	18,9	1,4	22,5	2,5	20,3	2,2	5,4
Dos o más trastornos	6,3	0,7	5,5	0,8	7,3	0,9	6,7	1,4	8,6	2,2	4,2
Tres o más trastornos	2,3	0,3	1,6	0,4	3,2	0,5	3,5	1,0	2,3	0,9	8,9*
N	4.332		2.148		1.332		589		263		

* Relaciones significativas entre edad y prevalencia al nivel 0,05, prueba bilateral.

Tabla 2. Edades en algunos centiles de las distribuciones estandarizadas de la edad de instauración (EDI) de trastornos conforme al DSM-IV y la CIDI de por vida con riesgo proyectado en el curso de la vida a los 75 años de edad^a

	Centil de edad de instauración								Riesgo proyectado en el curso de la vida a los 75 años de edad	
	5	10	25	50	75	90	95	99	%	EE
<i>Trastornos por ansiedad</i>										
Trastorno por pánico	11	13	18	35	44	50	55	55	2,3	0,5
Trastorno por ansiedad generalizada	14	18	28	51	59	70	70	74	11,5	2,9
Fobia social	7	9	13	14	18	23	36	36	0,8	0,2
Fobia específica	5	5	5	7	13	15	18	41	4,3	0,5
Agorafobia	5	8	11	13	14	19	21	23	0,8	0,2
Trastorno obsesivo-compulsivo	19	24	32	54	66	66	68	70	8,9	2,3
Trastorno por estrés posttraumático	9	13	13	16	25	37	41	49	5,5	0,6
Cualquier trastorno por ansiedad	5	6	13	25	49	59	66	74	22,5	1,9
<i>Trastornos afectivos</i>										
Trastorno depresivo mayor	14	19	29	46	59	71	71	71	28,0	7,1
Cualquier trastorno afectivo	14	19	29	46	59	71	71	71	28,3	7,0
<i>Trastornos de la conducta</i>										
Trastorno explosivo intermitente	13	13	14	19	31	46	46	57	2,2	0,4
Cualquier trastorno de la conducta	7	13	14	17	31	46	46	57	2,3	0,4
<i>Todos los trastornos</i>										
Cualquier trastorno	5	8	14	29	54	66	71	74	40,8	6,6

^aBasado en proyecciones de edad de instauración utilizando el método actuarial. Aunque sólo se incluyeron en los análisis de los trastornos individuales los trastornos con un mínimo de 30 casos, en las categorías sumadas se incluyeron los trastornos menos frecuentes.

Tabla 3. Diferencias entre las cohortes en el riesgo de trastornos conforme al DSM-IV y la CIDI en el curso de la vida^a

	Grupo de edad						χ^2_3	
	18-34		35-49		50-64			65+
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	
<i>Trastornos por ansiedad</i>								
Trastorno por pánico	5,4*	1,2-23,2	3,9*	0,9-17,5	0,5*	0,1-2,9	1,0	20,3*
Trastorno por ansiedad generalizada	3,0*	0,9-9,7	2,2*	0,7-6,8	1,0*	0,3-3,0	1,0	7,3*
Fobia social	2,3*	0,3-16,1	2,2*	0,2-24,8	0,7*	0,1-8,1	1,0	3,0*
Fobia específica	4,1*	1,4-12,3	3,2*	1,1-9,6	2,9*	0,8-10,3	1,0	7,2*
Agorafobia	1,7*	0,2-17,6	0,6*	0,1-5,7	0,6*	0,1-6,3	1,0	5,2*
Trastorno por estrés postraumático	5,3*	2,3-12,2	3,4*	1,6-7,3	1,8*	0,7-4,6	1,0	28,2*
Trastorno obsesivo-compulsivo	4,3*	1,6-11,8	2,4*	0,9-6,4	3,1*	1,1-8,7	1,0	15,1*
Cualquier trastorno por ansiedad	2,8*	1,7-4,4	1,9*	1,2-3,1	1,5*	0,9-2,5	1,0	25,4*
<i>Trastornos afectivos</i>								
Trastorno depresivo mayor	2,9*	1,3-6,5	2,0*	1,0-4,3	1,6*	0,8-3,1	1,0	8,8*
Cualquier trastorno afectivo	2,9*	1,3-6,6	2,1*	1,0-4,5	1,6*	0,8-3,2	1,0	7,9*
<i>Trastornos de la conducta</i>								
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	.	.	.	.	.	.	.	.
Trastorno explosivo intermitente	3,6*	0,5-26,4	5,3*	0,6-45,5	2,0*	0,2-17,5	1,0	7,5*
Cualquier trastorno de la conducta	3,5*	0,5-26,1	5,5*	0,6-47,2	2,1*	0,2-18,5	1,0	8,0*
<i>Todos los trastornos</i>								
Cualquier trastorno	2,8*	1,8-4,4	2,0*	1,3-3,2	1,7*	1,0-2,8	1,0	27,8*

*Relación significativa de la edad y el riesgo al nivel de 0,05, prueba bilateral.

^aBasado en modelos de supervivencia en tiempo definido con ajustes con respecto a años-persona. Aunque sólo se incluyeron en el análisis de los trastornos individuales aquellos con un mínimo de 30 casos, en las categorías sumadas se incluyeron trastornos menos frecuentes.

Diferencias en el riesgo de por vida entre las cohortes

Tratamos de determinar si el riesgo de trastornos mentales en el curso de la vida aumentaba con las generaciones, posiblemente como una función de la variación intergeneracional en la exposición a la violencia sectaria, utilizando el análisis de supervivencia en un tiempo definido para predecir el riesgo de trastornos mentales de por vida por separado en los grupos de edad de 18-34, 35-49, 50-64 y 65 y más. Se observa un patrón generalmente decreciente del cociente de posibilidades (OR) conforme aumenta la edad, lo que indica que la prevalencia de los trastornos mentales en el curso de la vida a una determinada edad ha aumentado en las cohortes sucesivas de la población iraquí en las generaciones aquí estudiadas (Tabla 3). El máximo incremento desde la generación más anciana hasta la más joven en la muestra (es decir, los encuestados del intervalo de edad de 18-34 frente a 65 y más de edad en la que se efectuó la entrevista) es para el trastorno por pánico (5,4). En congruencia con la posibilidad de que estos incrementos podrían deberse a aumentos de la violencia sectaria, el segundo OR mayor de más jóvenes a más viejos es para el trastorno por estrés postraumático, en el que las posibilidades de prevalencia en el curso de la vida en la generación más joven es 5,3 veces mayor que a la misma edad en la población más anciana. Los OR también están elevados para cada uno de los trastornos aquí contemplados, y son del orden de 1,7 a 5,3.

También se elaboró el modelo de cohortes para determinar si las diferencias entre las cohortes disminuían en grado significativo conforme aumentaba la edad. Se analizaron por separado las diferencias para los casos de instauración precoz (definidos como las instauraciones a partir de la EDI del primer tercio de todos los casos en el curso de la vida), los casos de instauración promedio (definidos como los inicios en el intervalo de la EDI de los centiles 34 a 67 de los casos) y los casos de instauración tardía (definidos como los inicios en el interva-

lo de las EDI de los centiles 68 o más altos de los casos) por separado para los trastornos por ansiedad y afectivos. No fueron posibles análisis específicos más refinados de los trastornos dada la falta de potencia estadística. Los resultados demuestran que los efectos de la cohorte, en efecto, se modifican con la edad, pero no de una manera repetida simple (los resultados detallados están disponibles para quien esté interesado). En el caso de los trastornos por ansiedad, el efecto de cohorte es más drástico para los casos de instauración precoz, pero no obstante estadísticamente significativo para los casos de instauración tardía y no significativos para los casos de instauración promedio. En cambio, por lo que respecta a los trastornos afectivos, el efecto de la cohorte es significativo sólo para los casos de instauración promedio.

Correlaciones sociodemográficas del riesgo en el curso de la vida

Las interrelaciones de sexo y grado de educación con la instauración inicial de cualquier trastorno por ansiedad, afectivo y conductual, fueron analizadas por cohortes utilizando el análisis de supervivencia en un tiempo definido (los resultados detallados están disponibles para los interesados). Se observó que las mujeres tenían posibilidades significativamente más altas de presentar trastornos por ansiedad ($OR = 1,8$, $\chi^2_1 = 17,4$, $p < 0,001$) y posibilidades no significativamente más altas de trastornos afectivos ($OR = 1,6$, $\chi^2_1 = 3,6$, $p < 0,10$) que los varones y que tenían posibilidades significativamente más bajas de presentar trastornos conductuales ($OR = 0,38$, $\chi^2_1 = 5,0$, $p < 0,025$) que los varones en la muestra total. Ninguno de estos OR varió en grado significativo entre las cohortes ($\chi^2_3 = 0,7$ - $1,7$, $p = 0,64$ - $0,84$). En cambio, las categorías de educación aquí contempladas, no están significativamente relacionadas con el riesgo de trastornos por ansiedad ($\chi^2_4 = 2,1$; $p = 0,72$), trastornos afectivos ($\chi^2_4 = 4,9$, $p = 0,29$), o trastornos de la conducta ($\chi^2_4 = 4,9$, $p = 0,29$) en el curso de la vida.

Tabla 4. Prevalencia en 12 meses y gravedad de los trastornos conforme al DSM-IV y la CIDI en la muestra total (n = 4.332)

	Distribución de la gravedad ^a								Prevalencia entre los encuestados con un trastorno grave	
	Prevalencia		Leve		Moderada		Grave			
	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE
<i>Trastornos por ansiedad</i>										
Trastornos por pánico	1,0	0,3	26,2	7,9	38,7	11,7	35,1	10,8	11,5	4,9
Trastornos por ansiedad generalizada	2,3	0,3	19,9	5,5	47,8	6,0	32,3	6,0	24,9	4,0
Fobia social	0,7	0,2	5,0	3,2	56,8	13,8	38,2	13,6	8,6	3,9
Fobia específica	3,8	0,4	43,5	6,3	40,1	6,3	16,4	3,7	21,1	3,9
Agorafobia	0,5	0,2	29,0	16,2	38,7	16,5	32,3	16,1	5,4	3,2
Trastorno por estrés postraumático	1,1	0,2	49,6	9,1	16,2	4,8	34,3	8,6	13,1	3,4
Trastorno obsesivo-compulsivo	3,6	0,4	47,6	6,4	36,7	5,6	15,7	4,3	19,2	4,8
Cualquier trastorno por ansiedad	10,4	0,7	41,9	3,8	36,3	2,9	21,8	2,9	76,4	5,6
<i>Trastornos afectivos</i>										
Trastorno distímico	0,2	0,1	0,0		81,4	12,0	18,6	12,0	1,2	0,6
Trastorno depresivo mayor	3,9	0,4	24,8	3,6	36,1	5,5	39,1	5,1	51,0	4,6
Trastorno bipolar	0,2	0,1	0,0		23,1	18,1	76,9	18,1	4,6	1,1
Cualquier trastorno afectivo	4,1	0,4	23,4	3,5	36,2	5,3	40,5	5,1	55,9	4,8
<i>Trastornos de la conducta</i>										
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	0,0		20,0	19,7	80,0	19,7	0,0		0,0	
Trastorno explosivo intermitente	1,5	0,2	47,9	6,3	30,5	9,3	21,6	9,1	10,8	4,2
Cualquier trastorno de la conducta	1,5	0,2	47,8	6,2	31,0	9,2	21,2	9,0	10,8	4,2
<i>Trastorno relacionados con drogas</i>										
Alcoholismo agudo	0,1	0,1	13,9	16,5	81,4	19,3	4,7	5,9	0,2	0,2
Alcoholismo crónico	0,0	0,0	0,0		0,0		100,0		0,4	0,2
Abuso de drogas	0,1	0,1	0,0		0,0		100,0		4,1	3,2
Drogodependencia	0,0	0,0							0,0	
Trastorno por cualquier droga	0,2	0,1	6,6	7,2	38,5	28,3	54,9	28,0	4,6	3,2
<i>Todos los trastornos</i>										
Cualquier trastorno	13,6	0,8	42,1	2,9	36,0	2,6	21,9	2,3	100,0	
Exactamente un trastorno	9,8	0,7	51,3	3,6	34,5	3,1	14,2	2,2	47,0	7,0
Dos o más trastornos	2,6	0,4	21,5	4,8	35,0	8,4	43,6	7,0	37,5	7,0
Tres o más trastornos	1,2	0,2	11,1	8,3	50,7	11,7	38,1	8,1	15,5	3,8
<i>Gravedad de los trastornos</i>										
Grave	3,0	0,4	0,0		0,0		100,0			
Moderado	4,9	0,4	0,0		100,0		0,0			
Leve	5,7	0,6	100,0		0,0		0,0			

^a Véase en el texto una definición de las tres categorías de gravedad. Los porcentajes suman hasta 100% en cada fila.

Prevalencia y gravedad de los trastornos en 12 meses

La prevalencia de cualquier trastorno conforme a DSM-IV/CIDI en la IMHS en el periodo de 12 meses es de un 13,6%, clasificándose un 42,1% de los casos como leve, un 36,0% como moderado y un 21,9% como grave. El trastorno que con mucho tendió a clasificarse como grave fue el trastorno bipolar, de manera que un 76,9% de los casos en 12 meses se clasificaron como graves, seguidos de los trastornos relacionados con las drogas (54,9%), el trastorno depresivo mayor (39,1%) y diversos trastornos por ansiedad (32,3-38,2% para el trastorno por pánico, el trastorno por ansiedad generalizada, la fobia social, la agorafobia y el trastorno por estrés postraumático). Se clasificaron como graves proporciones bastante más bajas de casos de fobia específica (16,4%) y trastornos conductuales (21,2%). Del 3,0% de la muestra clasificada como portadora de un trastorno grave en el periodo de 12 meses (es decir, el 21,9% del 13,6%), la mayoría (43,6%) tuvo dos o más trastornos. Los trastornos más frecuentes entre los clasificados como graves fueron TDM (51%), seguido del TAG (24,9%), las fobias específicas (21,1%), el TOC (19,2%), el TEPT (13,1%), el trastorno por pánico (11,5%) y el trastorno explosivo intermitente (10,8%) (Tabla 4).

Correlaciones sociodemográficas de los trastornos en 12 meses

Se analizaron las relaciones de cinco variables sociodemográficas (sexo, edad, educación, ingresos familiares y estado conyugal) con la prevalencia en 12 meses de clases amplias de trastornos, utilizando el análisis de regresión logística (Tabla 5). Ninguna de estas variables se relacionó en grado significativo con los trastornos afectivos. En comparación, las posibilidades de trastornos por ansiedad están significativamente elevadas en las mujeres por contraposición a los varones (OR = 1,8; $\chi^2_1 = 14,2$; $p < 0,001$) y en los encuestados con un grado de educación mayor que el más bajo que en aquellos con una educación superior ($\chi^2_3 = 15,6$; $p = 0,001$). Por último, las posibilidades de trastornos de la conducta están significativamente elevadas entre los encuestados en los intervalos de edad de 18-34 (OR = 2,0) y 35-49 (OR = 5,0) en comparación con edades de 65 o más (OR = 1,6 en el intervalo de edad de 50-64); $\chi^2_3 = 11,2$, $p = 0,011$ y entre los encuestados con los ingresos más altos (OR = 0,32-0,81 para los encuestados de los grupos de ingresos más bajos en comparación con el grupo de ingresos más alto; $\chi^2_3 = 13,2$; $p = 0,004$).

Tabla 5. Correlaciones sociodemográficas de los trastornos conforme al DSM-IV y la CIDI en 12 meses en la muestra total (n = 4.332)^a

	Cualquier trastorno afectivo		Cualquier trastorno por ansiedad		Cualquier trastorno de la conducta	
	OR	IC del 95%	OR	IC del 95%	OR	IC del 95%
Sexo						
Masculino	1,0		1,0*		1,0	
Femenino	1,4	0,8-2,3	1,8*	1,3-2,5	0,5	0,2-1,2
χ^2_1		1,4		14,2*		2,6
Edad						
18-34	0,6	0,2-1,7	0,8*	0,4-1,5	2,0	0,2-16,1
35-49	1,1	0,5-2,3	0,8*	0,4-1,6	5,0	0,6-46,3
50-64	0,9	0,4-1,9	0,8*	0,4-1,4	1,6	0,1-22,8
65+	1,0		1,0*		1,0	
χ^2_2		5,0		0,9		11,2*
Ingresos						
Bajos	1,1	0,6-2,0	1,1*	0,8-1,6	0,8	0,4-1,7
Promedio bajos	1,1	0,6-2,3	0,9*	0,6-1,5	0,3	0,1-0,7
Promedio altos	0,7	0,3-1,7	1,2*	0,7-2,1	0,6	0,2-2,5
Altos	1,0		1,0*		1,0	
χ^2_3		1,3		1,6		13,2*
Estado conyugal						
Casados/unión libre	1,0		1,0*		1,0	
Previamente casados	2,2	1,0-5,1	1,4*	0,8-2,4	2,4	0,6-9,0
Nunca casados	1,0	0,6-1,9	1,4*	1,0-2,1	1,7	0,8-3,3
χ^2_3		3,7		6,0*		4,4
Educación						
Baja	0,9	0,4-2,5	0,7*	0,4-1,3	1,4	0,2-9,2
Baja promedio	1,0	0,5-2,2	1,1*	0,6-2,0	1,4	0,4-4,9
Alta promedio	0,7	0,3-1,6	1,3*	0,8-2,1	1,4	0,2-8,0
Alta	1,0		1,0*		1,0	
χ^2_3		1,4		15,6*		0,3
Global						
χ^2_{12}		1.093,9*		1.756,3*		1.745,9*

*Estadísticamente significativo al nivel de 0,05, prueba bilateral.

^aBasadas en modelos de regresión logística multifactorial.**Tabla 6.** Tratamiento global y proporcional de problemas emocionales en los 12 meses previos a la entrevista en la muestra total y en submuestras definidas por gravedad de los trastornos conforme al DSM-IV y la CIDI en 12 meses

	Total		Ninguno		Leve		Moderado		Grave		χ^2_3
	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE	
Tratamiento global^a											
Tratamiento médico											
Medicina general	0,9	0,3	0,4	0,2	0,2	0,2	2,4	1,1	13,6	5,3	7,0*
Especialidad en salud mental	0,7	0,2	0,4	0,1	2,5	1,7	1,2	0,9	7,1	4,3	4,5*
Cualquier tratamiento asistencial	1,5	0,3	0,7	0,2	2,7	1,7	3,6	1,5	17,4	5,9	9,0*
Ningún tratamiento asistencial	0,8	0,2	0,2	0,1	2,6	1,9	5,6	2,8	16,6	3,2	9,0*
Cualquier tratamiento	2,2	0,4	0,9	0,2	5,3	2,5	9,2	3,2	23,7	6,2	18,7*
N	4.332		3.743		224		219		146		
Tratamiento proporcional^a											
Tratamiento asistencial											
Medicina general	41,3	8,3	50,4	9,1	3,9	4,7	25,9	12,2	57,4	15,5	6,8*
Especialidad de salud mental	33,4	7,4	43,5	11,2	46,5	23,0	13,1	9,6	29,8	15,1	5,8*
Cualquier tratamiento asistencial	65,6	7,7	80,0	6,5	50,5	24,1	39,0	15,1	73,5	13,0	5,1*
Ningún tratamiento asistencial	34,8	7,7	20,0	6,5	49,5	24,1	61,0	5,1	27,6	13,0	5,1*
N	103		45		12		19		27		

*Relación significativa entre la gravedad y el tratamiento al nivel de 0,05, prueba bilateral.

^aSe utilizó el término tratamiento global para describir la proporción de todos los encuestados que recibieron tratamiento, en tanto que se utilizó el término tratamiento proporcional para describir la proporción de los pacientes (es decir, los que recibieron tratamiento) que fueron tratados en cada uno de los sectores de servicio aquí contemplados. Por ejemplo, el 0,9% de todos los encuestados recibieron tratamiento de medicina general para sus problemas emocionales en los 12 meses antes de la entrevista. Estos pacientes que recibieron tratamiento de medicina general representan un 41,3% de todos los encuestados que recibieron cualquier forma de tratamiento.

Tabla 7. Relaciones de la gravedad de los trastornos conforme al DSM-IV y la CIDI en 12 meses con la intensidad del tratamiento (número de consultas) y la adecuación del tratamiento entre los encuestados que recibieron tratamiento en 12 meses

	Total		Gravedad								χ^2_3 ¹	χ^2_1 ¹
			Ninguna		Leve		Moderada		Grave			
Tratamiento de especialidad												
Número de consultas (media, EE)	6,9	3,1	3,7	1,1	1,2	0,2	3,4	0,6	16,6	7,6	18,6	2,6
Tratamiento adecuado ² (% EE)	36,5	14,3	12,3	9,6	0,0	0,0	68,8	30,4	89,4	9,5	5,1	4,7*
Tratamiento de seguimiento ² (% EE)	82,0	11,5	93,9	2,2	19,9	16,7	100,0	0,0	100,0	0,0	2,2	2,1
N	34		19		7		3		5			
Tratamiento de medicina general												
Número de consultas (media, EE)	2,6	0,6	2,2	0,3	2,0	0,0	2,6	0,5	3,1	1,2	3,2	0,0
Tratamiento adecuado ² (% EE)	15,6	9,5	2,6	2,7	0,0	0,0	30,8	24,0	23,8	9,5	2,4	1,8
Tratamiento de seguimiento ² (% EE)	85,5	9,8	98,1	2,0	100,0	0,0	92,1	8,1	71,4	19,7	1,7	1,7
N	39		18		1		6		14			
Cualquier tratamiento asistencial												
Número de consultas (media, EE)	4,5	1,7	2,9	0,6	1,3	0,2	2,9	0,8	7,7	4,5	23,5*	1,4
Tratamiento adecuado ² (% EE)	21,2	7,9	6,7	5,3	0,0	0,0	43,6	20,8	36,7	19,1	5,1	3,8
Tratamiento de seguimiento (% EE)	81,7	8,2	95,5	1,6	26,2	19,2	94,8	5,4	77,7	16,2	2,9	0,0
N	69		35		8		9		17			

*Relación significativa entre la gravedad y la intensidad/adecuación del tratamiento en los encuestados que recibieron tratamiento en 12 meses al nivel de 0,05, prueba bilateral.

¹Se utilizaron las pruebas de la χ^2 para evaluar las diferencias en la media de los números de consultas y en la proporción de los pacientes que recibieron tratamiento que se consideró por lo menos mínimamente adecuado y los que recibieron tratamiento de seguimiento. Se utilizaron las pruebas de 3 grados de libertad para evaluar las diferencias en las cuatro submuestras, en tanto que se utilizaron las pruebas de un grado de libertad para evaluar las diferencias entre las submuestras de trastornos graves-moderados y leves-ninguno.

²Véase en el texto las definiciones del tratamiento adecuado y del tratamiento de seguimiento.

Prevalencia e intensidad del tratamiento en 12 meses

Sólo el 2,2% de los encuestados en la IMHS comunicaron haber recibido tratamiento de problemas emocionales en algún momento durante los 12 meses previos a su entrevista (Tabla 6). Esto comprende un 10,8% de los encuestados con uno o más trastornos conforme al DSM-IV/CID en los 12 meses además del 0,9% de los encuestados que cumplieron los criterios para ninguno de estos trastornos. La proporción y el tratamiento son mucho más elevados para las personas con trastornos graves (23,7%) que para aquellas con moderados (9,2%) o leves (5,3%).

Dos tercios (65,6%) de los pacientes fueron tratados en el sistema de atención sanitaria con proporciones aproximadamente iguales en los sectores de la medicina general (41,3% de todas las personas que recibieron tratamiento) y de la especialidad en salud mental (33,4%). No obstante, los consejeros espirituales también proporcionaron una proporción significativa de tratamiento fuera del sistema de atención sanitaria (34,8%). El tratamiento proporcional en los diferentes sectores de tratamiento no varía significativamente como una función de la gravedad del trastorno, pero es necesario interpretar con cautela este resultado, debido al número tan pequeño de personas de la muestra que recibieron tratamiento y la inestabilidad resultante del patrón.

La intensidad del tratamiento en general fue baja, como lo indicó el hecho de que el número medio de consultas fue de sólo 4,5 y únicamente el 21,2% de los pacientes tratados recibieron tratamiento que se clasificó como por lo menos mínimamente adecuado (Tabla 7). Sin embargo, tanto el número medio de consultas (6,9 frente a 2,6; $t = 1,3$; $p = 0,20$) y la proporción de los casos que recibieron tratamiento clasificados como por lo menos mínimamente adecuado (36,5% frente a 15,6%, $p = 1,2$; $p = 0,23$) fueron más altos para los pacientes tratados en los sectores especializados que en los de la medicina general, aunque no podemos estar seguros de que estas diferencias sean fiables, dado el pequeño número de pacientes tratados. También cabe hacer notar que el bajo número de enfermos con

tratamiento especializado que fueron clasificados como graves recibieron un tratamiento significativamente más intensivo que los atendidos en otras especialidades (un promedio de 16,6 consultas en comparación con 1,2-3,7 para los pacientes de otras especialidades; $\chi^2_3 = 18,6$; $p < 0,001$), lo que indica la racionalidad en la asignación de los recursos terapéuticos. Otros indicios de este tipo de racionalidad se observaron en el hecho de que mayores proporciones de pacientes clasificados como graves-moderados que leves-ninguno recibieron tratamiento clasificado como por lo menos mínimamente adecuado en el sector especializado (89,4-68,8% frente a 0,0-12,3%, $\chi^2_1 = 4,7$; $p = 0,03$), el sector de la medicina general (23,8-30,8% frente a 0,0-2,6%, $\chi^2_1 = 1,8$; $p = 0,18$) y el sistema global de atención sanitaria (36,7-43,6% frente a 0,0-6,7%, $\chi^2_1 = 3,8$; $p = 0,05$).

DISCUSIÓN

Los resultados antes señalados deben interpretarse tomando en cuenta las siguientes tres limitaciones. El primer lugar, la IMHS excluyó a las personas que estaban desamparadas o internadas en un algún centro asistencial, que emigraron al extranjero, que estaban demasiado graves para entrevistarse o que eran residentes de zonas que se consideraron demasiado peligrosas para incluirse en la encuesta. La mayor parte de estas exclusiones se aplican sólo a una pequeña proporción de la población y las excepciones son las personas con desplazamiento interno (PDI) y las que emigraron en respuesta a la guerra. Como se menciona en la introducción, se estima que alrededor de 1,5 millones de iraquíes son desplazados internamente y otros 2,5 millones viven en países aledaños de acuerdo con la Alta Comisión de las Naciones Unidas para Refugiados (UNHCR). Los indicios anecdóticos indican que en este 15% de la población iraquí previa a la invasión hay una elevada morbilidad de enfermedades mentales (38, 39).

En segundo lugar, la falta de respuesta sistemática en la encuesta (es decir, personas con trastornos mentales que tenían

una tasa de rechazo de la encuesta más elevada que los que no padecían trastornos) o la falta de notificación sistemática (es decir, la imposibilidad de recordar, la no notificación consciente o el error de las evaluaciones diagnósticas) pudo dar como resultado sesgos en las estimaciones de la prevalencia de los trastornos. Por lo que sabemos con respecto a la falta de respuesta y al sesgo de no notificación en otras encuestas (40-42), es probable que se haya subestimado la prevalencia de los trastornos por lo menos en cierto grado a causa de estos sesgos.

En tercer lugar, la CIDI es una entrevista administrada por el profano, lo que significa que es menos eficaz que una entrevista diagnóstica realizada por un médico para efectuar una evaluación exhaustiva de cualquier trastorno mental que el encuestado pudiese tener. Como se indicó antes en la sección sobre medidas, un estudio de reevaluación clínica en que se utilizaron entrevistas clínicas de referencia con enmascaramiento (19) para realizar evaluaciones independientes del trastorno en una submuestra de casos en algunas encuestas de la WMH, se observó en general una concordancia al nivel individual satisfactoria entre los diagnósticos basados en la CIDI y los basados en las evaluaciones clínicas (18). Sin embargo, la CIDI sólo evaluó los trastornos del DSM-IV que se consideran frecuentes. Por tanto, es probable que las estimaciones de la prevalencia global de los trastornos calculen la prevalencia real por lo menos en cierto grado.

Tal vez la omisión más evidente de los trastornos es en torno a la esquizofrenia y las otras psicosis no afectivas (PNA). Las PNA no se evaluaron en las encuestas de la WMH, basándose en la evidencia de una serie de encuestas epidemiológicas de la población previa de que las entrevistas de diagnóstico psiquiátrico realizadas por el profano no pueden generar estimaciones exactas de las PNA (43-45), a causa de la tasa tan elevada de resultados falsos positivos. Sin embargo, estos mismos estudios demostraron que se capta a la gran mayoría de los individuos con PNA en las encuestas epidemiológicas de la población por cuanto cumplen los criterios para uno o más de los trastornos frecuentes evaluados en tales encuestas.

Se esperaría que las limitaciones antes indicadas volvieran conservadoras las estimaciones de prevalencia comunicadas en el presente estudio, lo que significa que la estimación global de la prevalencia en 12 meses del 13,6% y la estimación global de la prevalencia en el curso de la vida del 18,8% probablemente son límites inferiores de la prevalencia real en la población. No contamos con encuestas epidemiológicas previas de la población sobre los trastornos mentales en Iraq para utilizarlas como punto de comparación. Los únicos estudios publicados se centran en los niños que estuvieron expuestos al trauma relacionado con la guerra (46-48), en quienes la prevalencia de los trastornos mentales fue comprensiblemente muy alta, conforme a las estimaciones.

Sabemos que sólo se dispone de otros dos estudios epidemiológicos a gran escala equiparables sobre adultos con trastornos mentales en el mundo árabe. Uno se llevó a cabo utilizando un enfoque de detección sistemática de dos etapas en muestras separadas de las poblaciones urbanas, rurales y de pueblos de Irán (49). Las estimaciones de la prevalencia en las muestras urbanas (16,6%) y rurales (14,9%) fueron muy similares a la estimación de la prevalencia de la IMHS en 12 meses del 13,6%, aunque la prevalencia en la muestra tribal fue drásticamente más baja (2,1%). La otra encuesta equivalente fue la encuesta de la WMH en Líbano (50, 51), en la que las estimaciones de la prevalencia

de cualquier trastorno en el curso de la vida y en un periodo de 12 meses (un 25,8% y un 17,0%) fueron un poco más elevadas que en la IMHS. La encuesta en Líbano se llevó a cabo durante una época de paz relativa, en tanto que la IMHS se realizó durante el tiempo de violencia sectaria extrema y ocupación militar por potencias extranjeras.

Además de que las estimaciones de la prevalencia global en la IMHS son similares a las de otras encuestas árabes, los cálculos de la prevalencia relativa de trastornos individuales son equiparables a las otras encuestas epidemiológicas. En concreto, las observaciones de que los trastornos por ansiedad son con mucho la clase más frecuente de trastornos mentales en Iraq y de que el trastorno depresivo mayor es el trastorno individual más frecuente es compatible con otras encuestas de la WMH (52, 53) y con la bibliografía mundial en general (54). La única excepción es la observación en la IMHS de que el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es uno de los trastornos por ansiedad más frecuentes. El TOC suele observarse como un trastorno comparativamente infrecuente (55, 56). La observación de que una baja proporción de los encuestados en la IMHS con un TOC en 12 meses fueron clasificados como pacientes con trastornos graves también es incompatible con lo observado en otras encuestas de que el TOC suele ser gravemente incapacitante. Sospechamos, basándonos en estos resultados, que el TOC fue sobrediagnosticado en la IMHS, aunque no hay manera de confirmar esta sospecha por cuanto no contamos con una encuesta de reevaluación clínica.

Los resultados de la IMHS con respecto a las distribuciones comparativas de edad de instauración (EDI) y las distribuciones de la gravedad de los trastornos mentales individuales son muy compatibles con las observadas en la bibliografía mundial. Con respecto a la EDI, los datos de la IMHS son compatibles con los estudios previos al revelar que las fobias y los trastornos conductuales suelen tener inicio en la infancia o en la adolescencia y que otros trastornos por ansiedad y afectivos por lo general tienen instauraciones más tardías, lo mismo que mucho más amplios intervalos intercuartílicos en sus distribuciones de la EDI (53, 57). Por lo que respecta a la gravedad, los datos de la IMHS son compatibles con la bibliografía mundial al revelar que el trastorno bipolar es entre los trastornos mentales frecuentes, el más gravemente discapacitante y que la fobia específica es la menos discapacitante (58, 59).

Los resultados con respecto a los efectos de la cohorte son muy indicativos de que el riesgo de trastornos mentales en el transcurso de la vida aumentó en las generaciones de iraquíes incluidas en las encuestas, posiblemente como una función de los incrementos intergeneracionales en la violencia sectaria. En congruencia con esta interpretación, el máximo incremento de la generación más antigua a la más joven fue para el trastorno por estrés posttraumático. Una explicación alternativa a este evidente efecto de la cohorte es que el riesgo en el curso de la vida es realmente constante en las cohortes, pero al parecer varía con las mismas por cuanto los inicios de los trastornos ocurren antes en las cohortes más recientes que en las ulteriores, como podría ocurrir si hubiese cambios temporales en los factores ambientales detonantes o en las diferencias relacionadas con la edad en la precisión para recordar la EDI. Otra explicación podría ser que la mortalidad tiene una repercusión creciente en el sesgo de selección de la muestra conforme aumenta la edad. Para estudiar estas posibilidades, se analizó con más detalle el modelo de la cohorte a fin de determinar si las diferencias

entre las cohortes disminuían en grado significativo conforme aumentaba la edad. Los resultados muestran que los efectos de la cohorte, de hecho, se modificaron con la edad, pero no de una manera repetida simple. Los patrones no repetidos de esta clase muy plausiblemente se atribuyen a acontecimientos históricos que llevaron a diferencias intergeneracionales en la prevalencia de los trastornos más que a procesos metodológicos simples relacionados con la edad (p. ej., la imposibilidad de recordar) o sustanciales (p. ej., mortalidad diferencial).

Por lo que respecta a las correlaciones sociodemográficas, los datos de la IMHS son similares a las encuestas epidemiológicas en estos países al revelar una elevada prevalencia de los trastornos por ansiedad en las mujeres y de los trastornos conductuales en los varones (60-62), pero muy diferente de otras encuestas al no demostrar que las mujeres tienen una prevalencia significativamente mayor de depresión que los varones (63). Los datos de la IMHS también difieren de los derivados de otras encuestas epidemiológicas en que demostraron una relación inversa entre la posición socioeconómica (PSE) y la prevalencia de los trastornos mentales (58, 64). De hecho, los datos de la IMHS revelan un riesgo elevado de trastornos afectivos en el curso de la vida en personas con alto grado de educación y de trastornos por ansiedad en 12 meses en las personas con todos los niveles de educación excepto el más bajo. Al mismo tiempo, los datos de la IMHS son compatibles con otros datos epidemiológicos por cuanto revelan una relación inversa entre la PSE y el riesgo de trastornos de la conducta.

Es difícil interpretar las dos principales discrepancias en los patrones sociodemográficos en la IMHS en comparación con la bibliografía mundial, la falta de diferencia de género en la depresión y las relaciones positivas del grado de educación con la ansiedad y la depresión, sin llevar a cabo análisis más detallados que los aquí comunicados. Sabemos que estas relaciones son uniformes en todos los intervalos de edad. Sin embargo, desconocemos si la falta de diferencias de género en la depresión se deba a características especiales de los roles de género en Iraq que aún no se han investigado mediante análisis más detallados de los datos. Así mismo, desconocemos si las elevadas tasas de ansiedad y depresión en las personas con buena educación se deban a algunas tensiones especiales experimentadas por intelectuales. Aunque estas conjeturas son desconcertantes, se necesitan análisis más detallados mediante investigaciones que aún no se han realizado.

Los resultados de la IMHS con respecto al tratamiento son similares a las de otros países de ingresos bajos y medios bajos de las encuestas de la WMH: sólo una minoría de las personas con trastornos mentales recibió algún tratamiento (65, 66). La IMHS contiene información sobre las barreras para buscar tratamiento de los trastornos mentales, pero aún no se han analizado estos datos. Es posible que éstos aclararán aspectos que se puedan utilizar para facilitar el desarrollo de la normatividad sanitaria que aumente la proporción de personas con trastornos mentales que buscan tratamiento.

Los resultados de la IMHS muestran que otro problema importante es que sólo una minoría de los pacientes iraquíes que buscan tratamiento de los trastornos mentales recibe tratamiento que cumple con las normas de adecuación siquiera más mínimas. Sin embargo, hay varios signos alentadores de la racionalidad en la asignación de los recursos terapéuticos: a) la intensidad del tratamiento en el sector especializado de la salud mental es significativamente mayor en los pacientes con trastornos impor-

tantes que con otros; b) la proporción de los enfermos del sector especializado cuyo tratamiento se considera por lo menos mínimamente adecuado es significativamente más elevada en los pacientes con trastornos graves moderados que en aquellos con trastornos leves o ninguno; c) la proporción de los individuos del sector de la medicina general cuyo tratamiento se consideró por lo menos mínimamente adecuado es más alta, si bien no en grado significativo, para los pacientes con trastornos graves-moderados que aquellos con trastornos leves o ninguno.

Por los análisis de datos preliminares no comunicados aquí sabemos que las elevadas tasas de tratamiento inadecuado se deben sobre todo a los pacientes que desertan antes de recibir un esquema de tratamiento completo. Sin embargo, desconocemos los motivos de tal desertión. La IMHS incluye preguntas sobre causas de la desertión del tratamiento que aun no se han analizado. Estos datos podrían proporcionar indicios sobre los medios para modificar los procedimientos de tratamiento actuales que podrían ayudar a mejorar la retención de pacientes. En la actualidad se está llevando a cabo en Iraq una iniciativa para formular mejores procedimientos para la detección y el tratamiento de los trastornos mentales en la atención primaria que podrían utilizar tales datos, aunque estos esfuerzos están obstaculizados por la destrucción de los sistemas de prestación de servicios normales causada por la violencia que ha invadido al país.

Los análisis adicionales de la prevalencia de los trastornos y de los obstáculos para el tratamiento en los datos de la IMHS deben centrarse en estas perturbaciones para investigar las implicaciones de las experiencias relacionadas con la guerra sobre la prevalencia de los trastornos mentales y sobre los obstáculos para recibir el tratamiento adecuado de estos trastornos. Estos aspectos son el foco de análisis actuales que serán el tema de informes futuros.

Agradecimientos

La implementación de la IMHS y el registro de datos fueron realizados por el personal del Ministerio de Salud Iraquí y el Ministerio de Planificación, con el apoyo directo del equipo iraquí de la IMHS, con financiación por los Fondos Japoneses y Europeo a través del Fondo Benefactor de Iraq del Grupo de Desarrollo de las Naciones Unidas (UN-DG ITF). El Centro de Coordinación de Recabación de Datos de la WMH proporcionó asistencia con la instrumentación y la capacitación de los entrevistadores. La depuración, la codificación, el análisis de los datos y la preparación de este artículo recibieron el apoyo adicional a través de un apoyo central de los Centros Recabadores de Datos y de Coordinación de Análisis de Datos de la WMH del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH; R01 MH070884), la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur, la Fundación Pfizer, el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos (R13-MH066849, R01-MH069864 y R01 DA016558), la Organización Panamericana de la Salud, Eli Lilly and Company, Ortho-McNeil Pharmaceutical, Inc., GlaxoSmithKline y Bristol-Myers Squibb.

Bibliografía

1. Milliken CS, Auchterlonie JL, Hoge CW. Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war. *JAMA* 2007;298:2141-8.

2. Smith TC, Ryan MA, Wingard DL et al. New onset and persistent symptoms of post-traumatic stress disorder self reported after deployment and combat exposures: prospective population based US military cohort study. *BMJ* 2008;336:366-71.
3. Eaton KM, Hoge CW, Messer SC et al. Prevalence of mental health problems, treatment need, and barriers to care among primary careseeking spouses of military service members involved in Iraq and Afghanistan deployments. *Mil Med* 2008;173:1051-6.
4. Renshaw KD, Rodrigues CS, Jones DH. Psychological symptoms and marital satisfaction in spouses of Operation Iraqi Freedom veterans: relationships with spouses' perceptions of veterans' experiences and symptoms. *J Fam Psychol* 2008;22:586-94.
5. Al-Jawadi AA, Abdul-Rhman S. Prevalence of childhood and early adolescence mental disorders among children attending primary health care centers in Mosul, Iraq: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2007;7:274.
6. Laban CJ, Gernaat HB, Komproue IH et al. Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:825-32.
7. Al-Saffar S. Integrating rehabilitation of torture victims into the public health of Iraq. *Torture* 2007;17:156-68.
8. Wenzel T. Torture. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:491-6.
9. Alkhuzai AH, Ahmad IJ, Hweel MJ et al. Violence-related mortality in Iraq from 2002 to 2006. *N Engl J Med* 2008;358:484-93.
10. Burnham G, Lafta R, Doocy S et al. Mortality after the 2003 invasion of Iraq: a cross-sectional cluster sample survey. *Lancet* 2006; 368:1421-8.
11. Opinion Research Business. January 2008 - Update on Iraqi Casualty Data. www.opinion.co.uk/Newsroom_details.aspx?NewsId=88.
12. Murthy RS. Mass violence and mental health – recent epidemiological findings. *Int Rev Psychiatry* 2007;19:183-92.
13. Refugees International. Iraq. www.refintl.org/where-we-work/middle-east/iraq.
14. Silove D. The challenges facing mental health programs for postconflict and refugee communities. *Prehosp Disaster Med* 2004;19: 90-6.
15. Kessler RC, Üstün TB (eds). The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders. New York: Cambridge University Press, 2008.
16. Kessler RC, Üstün TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:93-121.
17. Kessler RC, Üstün TB. The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview. In: Kessler RC, Üstün TB (eds). The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders. New York: Cambridge University Press, 2008:58-90. *World 108 Psychiatry* 8:2 - June 2009 18. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS et al. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 2006;15: 167-80.
19. First MB, Spitzer RL, Gibbon M et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Research Version, Non-patient Edition (SCID-I/NP). New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 2002.
20. Simon GE, VonKorff M. Recall of psychiatric history in cross-sectional surveys: implications for epidemiologic research. *Epidemiol Rev* 1995;17:221-7.
21. Knauper B, Cannell CF, Schwarz N et al. Improving the accuracy of major depression age of onset reports in the US National Comorbidity Survey. *Int J Methods Psychiatr Res* 1999;8:39-48.
22. Leon AC, Olfson M, Portera L et al. Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *Int J Psychiatry Med* 1997;27:93-105.
23. Agency for Health Care Policy and Research. Depression Guideline Panel, Vol 2: Treatment of major depression, Clinical Practice Guideline, No 5. Rockville: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1993.
24. American Psychiatric Association. Practice guideline for treatment of patients with panic disorder. Washington: American Psychiatric Association Press, 1998.
25. American Psychiatric Association. Practice guideline for treatment of patients with major depressive disorder, 2nd ed. Washington: American Psychiatric Association Press, 2000.
26. American Psychiatric Association. Practice guideline for treatment of patients with bipolar disorder, 2nd ed. Washington: American Psychiatric Association Press, 2002.
27. American Psychiatric Association. Practice guideline for treatment of patients with schizophrenia, 2nd ed. Washington: American Psychiatric Association Press, 2004.
28. Lehman AF, Steinwachs DM. Translating research into practice: schizophrenia patient outcomes research team (PORT) treatment recommendations. *Schizophr Bull* 1998;24:1-10.
29. Schatzberg AF, Nemeroff CB (eds). Textbook of psychopharmacology. Washington: American Psychiatric Publishing, 2004.
30. Ballesteros J, Duffy JC, Querejeta I et al. Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analyses. *Alcohol Clin Exp Res* 2004;28:608-18.
31. Ost LG, Ferebee I, Furmark T. One-session group therapy of spider phobia: direct versus indirect treatments. *Behav Res Ther* 1997;35: 721-32.
32. Halli SS, Rao KV, Halli SS. Advanced techniques of population analysis. New York: Plenum, 1992.
33. SAS Institute. SAS/STAT software: changes and enhancements, Release 8.2. Cary: SAS Publishing, 2001.
34. Kaplan EL, Meier P. Nonparametric estimation from incomplete observations. *J Am Stat Assoc* 1958;53:457-81.
35. Efron B. Logistic regression, survival analysis, and the Kaplan-Meier curve. *J Am Stat Assoc* 1988;83:414-25.
36. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: Wiley, 1989.
37. Research Triangle Institute. SUDAAN: Professional Software for Survey Data Analysis, version 8.0.1. Research Triangle Park: Research Triangle Institute, 2002.
38. Ashraf H. Iraq's refugees and internally displaced people will face hardship wherever they go. *Lancet* 2003;361:630-1.
39. Morton MJ, Burnham GM. Iraq's internally displaced persons: a hidden crisis. *JAMA* 2008;300:727-9.
40. Allgulander C. Psychoactive drug use in a general population sample, Sweden: correlates with perceived health, psychiatric diagnoses, and mortality in an automated record-linkage study. *Am J Public Health* 1989;79:1006-10.
41. Eaton WW, Anthony JC, Tepper S et al. Psychopathology and attrition in the epidemiologic catchment area surveys. *Am J Epidemiol* 1992;135:1051-9.
42. Turner CF, Ku L, Rogers SM et al. Adolescent sexual behavior, drug use, and violence: increased reporting with computer survey technology. *Science* 1998;280:867-73.

43. Eaton WW, Romanoski A, Anthony JC et al. Screening for psychosis in the general population with a self-report interview. *J Nerv Ment Dis* 1991;179:689-93.
44. Kendler KS, Gallagher TJ, Abelson JM et al. Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample. *The National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry* 1996;53:1022-31.
45. Kessler RC, Birnbaum H, Demler O et al. The prevalence and correlates of nonaffective psychosis in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Biol Psychiatry* 2005;58:668-76.
46. Ahmad A, Mohamed HT, Ameen NM. A 26-month follow-up of posttraumatic stress symptoms in children after the mass-escape tragedy in Iraqi Kurdistan. *Nord J Psychiatry* 1998;52:357-66.
47. Ahmad A, Sofi MA, Sundelin-Wahlsten V et al. Posttraumatic stress disorder in children after the military operation "Anfal" in Iraqi Kurdistan. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2000;9:235-43.
48. Dyregrov A, Gjestad R, Raundalen M. Children exposed to warfare: a longitudinal study. *J Trauma Stress* 2002;15:59-68.
49. Bash KW. Epidemiology of psychosomatic disorders in Iran. *Psychother Psychosom* 1984;42:182-6.
50. Karam EG, Mneimneh ZN, Dimassi H et al. Lifetime prevalence of mental disorders in Lebanon: first onset, treatment, and exposure to war. *PLoS Med* 2008;5:e61.
51. Karam EG, Mneimneh ZN, Karam AN et al. Prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon: a national epidemiological survey. *Lancet* 2006;367:1000-6.
52. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J et al. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health surveys. *JAMA* 2004;291:2581-90.
53. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007;6:168-76.
54. Kessler RC, Koretz D, Merikangas KR et al. The epidemiology of adult mental disorders. In: Levin BL, Petrila J, Hennessy KD (eds). *Mental health services: a public health perspective*, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2004:157-76.
55. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT et al. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry* (in press).
56. Stein MB, Forde DR, Anderson G et al. Obsessive-compulsive disorder in the community: an epidemiologic survey with clinical reappraisal. *Am J Psychiatry* 1997;154:1120-6.
57. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S et al. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:359-64.
58. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J et al. Prevalence and severity of mental disorders in the WMH Surveys. In: Kessler RC, Üstün TB (eds). *The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. New York: Cambridge University Press, 2008:534-40.
59. 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.
60. Bekker MH, van Mens-Verhulst J. Anxiety disorders: sex differences in prevalence, degree, and background, but gender-neutral treatment. *Gend Med* 2007;4(Suppl. B):S178-93.
61. Klose M, Jacobi F. Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? *Arch Womens Ment Health* 2004;7:133-48.
62. Zahn-Waxler C, Shirtcliff EA, Marceau K. Disorders of childhood and adolescence: gender and psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol* 2008;4:275-303.
63. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry* (in press).
64. Muntaner C, Eaton WW, Miech R et al. Socioeconomic position and major mental disorders. *Epidemiol Rev* 2004;26:53-62.
65. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO World Mental Health Surveys. *Lancet* 2007;370:841-50.
66. Wang PS, Angermeyer M, Borges G et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007;6:177-85.

La gama de trastornos psicóticos: un estudio basado en la población

ALESSANDRA BENEDETTI¹, STEFANO PINI¹, GIOVANNI DE GIROLAMO^{2,3}, CARMEN BERROCAL¹, ANTONIO TUNDO⁴, PIERLUIGI MOROSINI², GIOVANNI BATTISTA CASSANO¹

¹Department of Psychiatry, Neurobiology, Pharmacology and Biotechnologies, University of Pisa, via Roma 67, 56126 Pisa, Italy

²National Mental Health Project, National Institute of Health, Rome

³Department of Mental Health, Local Health Unit, Bologna, Italy

⁴Institute of Psychopathology, Rome, Italy

En los últimos años ha aumentado la comprensión y el conocimiento de la gama de trastornos bipolares. Sin embargo, son escasos en la bibliografía los datos descriptivos sobre los trastornos bipolares I con características psicóticas (TBP I-p) en comparación con la esquizofrenia (EQZ) y el trastorno esquizoafectivo (TEA) que se atienden en los servicios de salud mental en la población. Llevamos a cabo un estudio con el propósito de evaluar la prevalencia, las características clínicas y los grados de funcionamiento en la EQZ, el TEA y el TBP I-p en una muestra aleatoria de pacientes con síntomas psicóticos atendidos en nueve servicios de salud mental. Se valoró a los pacientes con un trastorno psicótico diagnosticado por sus médicos tratantes utilizando la SCID y una serie de cuestionarios para evaluar su psicopatología y grado de funcionamiento. Los sujetos en quienes se estableció un diagnóstico de TEA (n = 55), EQZ (n = 82) o TBP I-p (n = 60) representaron la muestra final. Los tres grupos diagnósticos mostraron características demográficas similares. Independientemente del diagnóstico, todos los individuos tuvieron una enfermedad de duración prolongada y una evolución persistente. Las comparaciones unifactoriales de los grupos demostraron que, en comparación con los pacientes con EQZ, los que padecían con TBP I-p o TEA tenían mejor desempeño en varios indicadores del funcionamiento y una diferente frecuencia de síntomas psicóticos. Sin embargo, un modelo de regresión logística multifactorial en el cual sólo se incorporaron las variables significativamente diferentes demostró grados similares de funcionamiento en los tres grupos de pacientes. Las calificaciones de los tres grupos no tuvieron diferencias significativas en los instrumentos que evaluaron los síntomas en los dominios psicótico y afectivo durante el mes previo.

Palabras clave: Trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno bipolar I psicótico, psicopatología, grado de funcionamiento, servicios de salud mental

(World Psychiatry 2009;8:110-114)

En los últimos años ha aumentado la comprensión y el conocimiento acerca de la gama de trastornos bipolares desde diferentes perspectivas. Sin embargo, son escasos en la bibliografía los datos descriptivos de estos trastornos que se atienden en los servicios de la población y que corresponden a un extremo de tal gama, es decir, el trastorno bipolar I con manifestaciones psicóticas (TBP I-p). Estudios recientes realizados en servicios de atención a la población demostraron que de un 29 a un 61% de los sujetos psicóticos tenían un diagnóstico de esquizofrenia (EQZ) y del 34 a 41% tenían un trastorno afectivo (1, 2). Los estudios sobre los pacientes en centros psiquiátricos comunicaron una prevalencia que fluctuaba del 61 al 68% para la EQZ y del 4 al 20% para los trastornos afectivos (3-5). Sin embargo, la mayoría de los estudios sobre los trastornos bipolares graves en la población no distinguían a los pacientes con manifestaciones psicóticas de los que no las tenían.

Basándose en la hipótesis de que el trastorno bipolar psicótico en la actualidad es más frecuente que lo que se cree en pacientes con síntomas psicóticos que acuden a los servicios de salud mental de la población, el propósito de este estudio fue evaluar la prevalencia, las características clínicas y los grados de funcionamiento del individuo con EQZ, trastorno psicoafectivo (TEA) o TBP I-p en una muestra aleatoria de pacientes con síntomas psicóticos incorporados en nueve servicios de salud mental en Italia.

MÉTODOS

El estudio fue realizado durante el periodo comprendido entre septiembre de 2003 y marzo de 2005. Participaron nueve servicios de salud mental (localizados en Empoli, Grosseto, Massa, Montecatini, Lucca, Pisa, Pistoia, Pontedera y Viareggio), que son los responsables de prestar asistencia sanitaria

mental en el noroeste de Italia y en parte del sur de la Toscana. Los pacientes incorporados debían cumplir los siguientes criterios de inclusión: 18 a 65 años de edad, estar en tratamiento durante un mínimo de un año, tener la facultad de proporcionar consentimiento informado por escrito y presentar síntomas psicóticos (durante el periodo de incorporación o en el curso de la vida). Los criterios de exclusión fueron: diagnóstico de cualquier trastorno psicótico debido a un trastorno médico general o un trastorno mental orgánico y dependencia de drogas en los seis meses previos.

Al principio cada servicio de salud mental proporcionó una lista de todos los pacientes de 18 a 65 años de edad con síntomas psicóticos y con una duración de relación con el servicio durante un mínimo de un año. Basándose en una lista de aleatorización (que fue generada por el programa Windows Excel), se seleccionó a los sujetos para evaluaciones durante el periodo de estudio. Como un objetivo adecuado en el marco de tiempo definido (18 meses), de manera empírica (no a través de un análisis de la potencia) decidimos incorporar una muestra de 260 pacientes (alrededor de 25 de cada servicio).

Se entrevistó a los participantes mediante la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID, 6). Se obtuvo información adicional de los expedientes clínicos de los pacientes y sus médicos tratantes. Se utilizó el Esquema de la Historia Clínica (7) para recabar información sobre las variables sociodemográficas, los trastornos médicos generales y los antecedentes de enfermedades, tomando en cuenta tres fuentes: pacientes, personal sanitario y expedientes clínicos. A los participantes también se les administró las Escalas de Resultados de Salud de la Nación-Roma (HoNOS-Roma, 8). Se evaluó el funcionamiento global mediante la Escala de Evaluación Global del funcionamiento (EGF, 9). Asimismo, se evaluó el grado de funcionamiento de cada individuo durante

las dos semanas previas a la entrevista mediante subescalas específicas de la HoNOS-Roma: funcionamiento social, carga del servicio, psicopatología, problemas de la conducta, discapacidades y trastornos/oportunidades ambientales.

Se utilizaron dos cuestionarios de autonotificación para analizar la psicopatología de los pacientes durante el mes previo: la versión autoinformativa de la Entrevista Clínica Estructurada para la gama de trastornos afectivos (MOODS-SR, 10) y la versión autoinformativa de la Entrevista Clínica Estructurada para la gama de trastornos psicóticos (PSY-SR, 11).

La MOODS-SR (10) comprende 161 puntos codificados bajo respuestas sí/no para uno o más periodos de por lo menos tres a cinco días durante el mes previo. El instrumento se enfoca en la presentación de síntomas maníacos y depresivos, rasgos y estilos de vida que constituyen trastornos afectivos completamente sindrómicos y subumbral. Comprende cuatro dominios: energía, estado de ánimo y cognición (que se concibieron para abarcar una serie de síntomas maníacos-hipomaniacos y una serie de síntomas depresivos) y ritmicidad y función vegetativa. Este último dominio fue incluido en el diseño del instrumento por cuanto los trastornos afectivos tienden a caracterizarse por cambios relativamente rítmicos en los otros tres dominios del estado de ánimo, la energía y la cognición. Al principio el instrumento fue implementado como una entrevista estructurada que resultó con una fiabilidad (las correlaciones dentro de cada clase fueron de 0,88 a 0,97) y una validez distintiva (SCI-MOODS, 12) excelentes en los pacientes con trastornos afectivos y en los sujetos de control normales. Después, se creó una versión autoinformativa para el curso de la vida que resultó equivalente a la entrevista (10).

La PSY-SR (11) comprende 164 puntos, codificados bajo respuestas sí/no y organizados en cinco dominios: paranoide (que abarca hipervigilancia leve, inseguridad, suspicacia, actitud interpretativa y autorreferencia paranoide); esquizotipia-esquizoidismo (exploración de religiosidad, superstición y pensamientos mágicos y raros); sensibilidad interpersonal (descripción de una tendencia a evitar a los demás debida al temor a ser mal entendido o criticado); percepciones erróneas (análisis de fenómenos disociativos y manifestaciones limítrofes de fenomenología alucinatoria y delirante franca); y síntomas típicos (síntomas típicos de psicosis según el DSM-IV). Las propiedades psicométricas del instrumento resultaron excelentes (11). Los dominios que fueron identificados a priori como característicos de la EQZ o del TEA (esquizoides, síntomas psicóticos típicos y dominios de percepción errónea) permitieron distinguir en grado significativo a los sujetos con estos diagnósticos de otros con trastornos afectivos psicóticos y de todos los grupos no psicóticos. La consistencia interna (coeficiente de Kuder-Richardson) fue $> 0,50$ para todos los dominios y $> 0,70$ para 12 de 16 dominios que mostraron una consistencia interna alta. La correlación entre los dominios fluctuó entre 0,39 y 0,77 ($p < 0,01$).

Todas las evaluaciones fueron realizadas por médicos que habían recibido una capacitación amplia para la aplicación de la SCID y los demás instrumentos de investigación. Todos los entrevistadores fueron supervisados continuamente por el médico tratante principal (AB); se analizó minuciosamente toda la documentación clínica escrita y se discutieron y resolvieron todos los desacuerdos.

El protocolo del estudio fue aprobado por los comités éticos locales y todos los participantes firmaron un formulario de consentimiento informado.

Se llevaron a cabo los análisis estadísticos utilizando el programa Intercooled Stata 8.2. Se analizaron las diferencias en las variables continuas entre los tres grupos clínicos utilizando análisis de la varianza (ANOVA) unidireccional o de un factor, seguidos de las comparaciones retrospectivas en pares. Se utilizó la prueba de la χ^2 de Pearson (o la prueba exacta de Fisher bilateral, cuando fue apropiado) para comparar las proporciones entre los grupos de estudio. Se aplicó una corrección de Bonferroni para las comparaciones múltiples al nivel de probabilidad ($0,05/3 = 0,016$). Las variables que se asociaron univariadamente (es decir, uno a uno) al diagnóstico se añadieron en un análisis logístico polinomial utilizando el diagnóstico como el criterio principal de evaluación y la EQZ como el grupo de comparación.

RESULTADOS

En general, se seleccionaron 260 sujetos para las evaluaciones durante el periodo de estudio. De éstos, 20 rehusaron participar; 16 fueron excluidos de los análisis por cuanto fueron incorporados durante una hospitalización y se consideró que no eran representativos de la población de enfermos psicóticos tratados en la población. En 27 pacientes se estableció un diagnóstico de SCID que no fue apropiado para los fines de los análisis presentes (siete con trastorno bipolar II, 10 con depresión psicótica, tres con trastorno por delirio, cinco con trastorno psicótico por lo demás no especificado, dos con trastorno psicótico provocado por drogas) y por tanto se excluyeron del estudio.

La muestra final comprende un total de 197 sujetos con un diagnóstico de EQZ ($n = 82$), TBP I-p ($n = 60$) o TEA ($n = 55$) conforme a la SCID. El sesenta y cuatro por ciento de los pacientes ($n = 126$) eran varones; la media de edad fue de $43,9 \pm 10,6$ años (intervalo de 20-65 años); la media de duración de la enfermedad fue de $21,1 \pm 10,7$ años (intervalo de 1,9-45,7 años). Sesenta pacientes estaban internados en centros para enfermos mentales (30,5%) y 49 (24,9%) estaban acudiendo a centros de asistencia ambulatoria. Treinta y tres participantes (16,8%) necesitaron visitas externas y a domicilio frecuentes y 55 (27,9) eran pacientes externos con citas programadas con regularidad. En general, 180 sujetos (91%) no mostraron una remisión completa de los síntomas psicóticos o afectivos, o ambos, del último episodio de enfermedad. Un 94,4% de los enfermos eran tratados con antipsicóticos a largo plazo.

En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas y los antecedentes de los tres grupos diagnósticos. Los participantes casados tuvieron una representación más significativa en el grupo de TEA y TBP I-p que en el grupo de EQZ. Un porcentaje significativamente mayor de pacientes con TEA que con TBP I-p habían tenido empleo. No se observó ninguna diferencia importante en los tres grupos por lo que respecta a antecedentes familiares para los trastornos afectivos o psicóticos y tasas de trastorno por ansiedad concomitante en el curso de la vida.

Se observaron varias diferencias intergrupales significativas en las tendencias de los síntomas psicóticos (Tabla 2). Los pacientes con EQZ comunicaron síntomas catatónicos y negativos con más frecuencia que aquellos con TEA o TBP I-p. Asimismo, comunicó alucinaciones un porcentaje significativamente más elevado de sujetos con EQZ que de pacientes con TBP I-p. Los enfermos con un mínimo de un síntoma de primera categoría, según se verificó mediante la SCID (p. ej., voces discutiendo o comentando, delirios somáticos, delirios

Tabla 1. Características sociodemográficas y antecedentes de los tres grupos diagnósticos

	EQZ (n=82)	TEA (n=55)	TBP I-p (n=60)
Edad (media ± DE)	43,4 ± 9,9	46,6 ± 10,8	42,2 ± 11,0
Género (% de varones)	69,5	58,2	61,7
Casados (%)*	18,8	45,5	41,4
Empleo previo (%)**	64,5	88,7	84,8
Pensión por invalidez (%)	38,8	50,0	27,3
Edad de instauración (años, media ± DE)	21,4 ± 7,1	23,2 ± 7,0	23,3 ± 7,5
Duración de la enfermedad (años, media ± DE)	21,9 ± 9,6	22,7 ± 10,8	18,7 ± 11,6
Núm. de episodios agudos previos (años, media ± DE)	6,9 ± 5,8	2,0 ± 1,0	6,8 ± 4,4
Núm. de hospitalizaciones (media ± DE)	3,9 ± 4,0	4,3 ± 4,5	3,2 ± 3,4
Núm. de tentativas de suicidio (media ± DE)	2,8 ± 1,7	3,1 ± 2,0	3,1 ± 1,6
Pacientes con tentativas de suicidio (%)	31,1	32,6	26,3
Pacientes en centros psiquiátricos (%)***	41,5	18,2	26,7
Antecedentes familiares			
Trastornos afectivos (%)	24,4	36,4	40,0
Trastornos psicóticos (%)	13,4	12,7	15,0
Trastornos por ansiedad en el curso de la vida (%)	31,0	33,3	35,7

EQZ, esquizofrenia; TEA, trastorno esquizoafectivo; TBP I-p, trastorno bipolar I psicótico.

*EQZ < TEA: $\chi^2 = 11,14$, $p < 0,001$; EQZ < TBP I-p: $\chi^2 = 8,49$, $p < 0,01$

**EQZ < TEA: $\chi^2 = 9,61$, $p < 0,01$; EQZ < TBP I-p: $\chi^2 = 6,98$, $p < 0,01$

*** EQZ > TEA: $\chi^2 = 8,18$, $p < 0,01$

Tabla 2. Síntomas psicóticos en la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno bipolar I psicótico

	EQZ (n=74)	TEA (n=50)	TBP I-p (n=55)
Alucinaciones (%)*	48,1	28,2	23,7
Delirios afectivos congruentes (%)	-	51,0	67,3
Síntomas catatónicos (%)**	45,1	20,0	20,8
Síntomas negativos (%)***	87,8	58,0	41,5
Síntomas de primera categoría (%)****	94,6	78,0	54,5

EQZ, esquizofrenia; TEA, trastorno esquizoafectivo; TBP I-p, trastorno bipolar I psicótico

*EQZ > TBP I-p: $p < 0,001$

**EQZ > TEA, EQZ > TBP I-p: $p < 0,01$

*** EQZ > TEA, EQZ > TBP I-p: $p < 0,001$

****EQZ > TEA, TEA > TBP I-p: $p < 0,01$; EQZ > TBP I-p: $p < 0,001$

Tabla 3. Funcionamiento psicosocial en la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno bipolar I psicótico

	EQZ (n=82)	TEA (n=55)	TBP I-p (n=60)
Subescala de funcionamiento social de la HoNOS-Roma (media ± DE)*	11,7 ± 3,7	10,0 ± 3,6	9,4 ± 3,7
Subescala de problemas conductuales de la HoNOS-Roma (media ± DE)	3,9 ± 1,2	3,9 ± 1,1	3,8 ± 1,2
Subescala de discapacidades de la HoNOS-Roma (media ± DE)**	3,6 ± 1,3	3,1 ± 0,9	3,0 ± 1,0
Subescala de psicopatología de la HoNOS-Roma (media ± DE)	6,1 ± 2,3	6,1 ± 2,6	5,1 ± 2,6
Subescala de trastornos/oportunidades ambientales de la HoNOS-Roma (media ± DE)	5,7 ± 2,2	5,3 ± 2,4	5,4 ± 2,3
Subescala de la carga asistencial de la HoNOS-Roma (media ± DE)***	8,2 ± 2,3	7,0 ± 2,3	6,2 ± 2,2
Escala total de la HoNOS-Roma (media ± DE)*	39,3 ± 9,2	35,6 ± 9,2	33,4 ± 9,0
Calificación total en la GAF (media ± DE)*	43,9 ± 15,0	49,6 ± 14,4	54,8 ± 15,0

EQZ, esquizofrenia; TEA, trastorno esquizoafectivo; TBP I-p, trastorno bipolar I psicótico; HoNOS-Roma, Escala de Resultados de Salud de la Nación - Roma; GAF - Evaluación Global del Funcionamiento.

*EQZ vs TBP I-p: $p < 0,001$

**EQZ vs TBP I-p: $p < 0,016$

***EQZ vs TEA: $p < 0,016$; EQZ vs. TBP I-p: $p < 0,001$

de aislamiento del pensamiento, inserción y transmisión), estuvieron representados en el grupo con TEA con una frecuencia intermedia entre los grupos con EQZ y TBP I-p. No se contó con los datos referentes al tipo de síntomas psicóticos para 18 pacientes, quienes fueron similares a la muestra como un todo excepto que habían tenido una edad de instauración significativamente mayor (26,0 ± 8,2 frente a 22,2 ± 7,03; $t = 2,12$; $p < 0,05$).

Se obtuvieron las calificaciones medias totales y de dominios simples de la MOODS-SR y la PSY-SR en un subgrupo de pacientes (51,8%). Estos sujetos tuvieron características demográficas y clínicas similares pero mejores niveles de funcionamiento (calificación total en HoNOS-Roma: 40,2 ± 10,6 frente a 35,4 ± 9,2; $t = 3,31$, $p < 0,001$; calificación de EFG: 46,0 ± 16,6 frente a 51,0 ± 14,1; $t = 2,16$, $p < 0,05$) en comparación con los que no concluyeron los cuestionarios. No se observaron diferencias significativas para las calificaciones autoinformativas de toda la gama de trastornos ni para ninguno de los dominios de la gama que se exploraron, con la excepción de la tendencia de los pacientes con TBP I-p a tener calificaciones más altas que los pacientes con EQZ en el dominio de ritmicidad (prueba de Bonferroni, $p = 0,042$).

Los pacientes con EQZ mostraron un menor grado de funcionamiento social, a juzgar por la calificación total en la HoNOS-Roma y las calificaciones en las subescalas de funcionamiento social y discapacidades, que los participantes del grupo con TBP I-p ($F = 7,05$, $F = 7,10$ y $F = 5,26$; $p < 0,01$, respectivamente) (Tabla 3). La calificación en la subescala de la carga de servicio fue más alta en el grupo con EQZ que en los grupos con TEA y TBP I-p ($F = 12,70$, $p < 0,001$). Las calificaciones en otras subescalas (psicopatología, problemas de la conducta, discapacidades, trastorno/oportunidades ambientales) no tuvieron diferencias significativas en los tres grupos.

La calificación media en la EFG fue mayor en los participantes con TBP I-p y TEA que en los pacientes con EQZ. La diferencia fue estadísticamente significativamente sólo para el grupo con TBP I-p frente al de EQZ (prueba de Bonferroni, $p < 0,001$).

En la tabla 4 se muestra el patrón de prescripción de fármacos. Los antipsicóticos de segunda generación fueron prescritos con más frecuencia en el grupo con EQZ que en el grupo con TBP I-p ($\chi^2 = 6,84$, $p < 0,01$). En concreto, la clozapina se utilizó más a menudo en la EQZ que en los sujetos con TEA o TBP I-p ($\chi^2 = 11,46$; $p < 0,001$, y $\chi^2 = 14,44$, $p < 0,0001$, respectivamente). Por lo contrario, se prescribieron anticonvulsivos con más frecuencia en el grupo con TBP I-p que en el grupo con EQZ ($\chi^2 = 14,44$, $p < 0,0001$) y TEA ($\chi^2 = 7,52$; $p < 0,01$).

Tabla 4. Pauta de prescripción de fármacos en la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno bipolar I psicótico

	EQZ (n=77)	TEA (n=49)	TBP I-p (n=57)
Todos ASG (%)*	85,7	73,5	66,7
Olanzapina (%)	31,2	26,5	36,8
Risperidona (%)	13,0	24,5	17,5
Quetiapina (%)	6,5	12,2	8,8
Clozapina (%)**	37,7	10,2	8,8
Todos APG (%)	50,6	59,2	43,9
Anticonvulsivos (%)***	28,6	34,7	61,4
Antidepresivos (%)	31,2	30,6	50,9
Litio (%)	-	10,2	19,3

EQZ, esquizofrenia; TEA, trastorno esquizoafectivo; TBP I-p, trastorno bipolar I psicótico; ASG, antipsicóticos de segunda generación; APG, antipsicóticos de primera generación.

*EQZ vs TBP I-p: $p < 0,01$

**EQZ vs TBP I-p: $p < 0,001$; EQZ vs TEA: $p < 0,01$

***TEA vs TBP I-p: $p < 0,01$; EQZ vs TBP I-p: $p < 0,001$

Llevamos a cabo un análisis logístico polinomial añadiendo las variables que diferían significativamente en los tres grupos diagnósticos como variables independientes.

La variable utilizada como criterio principal de evaluación fue el diagnóstico y la categoría de base fue la EQZ. El modelo fue estadísticamente significativo ($p < 0,001$; LR $\chi^2 = 22 = 90,49$; probabilidad logarítmica = 100,30; pseudo $R^2 = 0,31$). El análisis multifactorial demostró que, en comparación con la EQZ, el diagnóstico de TEA se relacionó positivamente con el hecho de estar casado (OR 3,77; $p < 0,05$) y con la presentación de síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo (OR 1,66; $p < 0,01$) y se asocia negativamente a la presentación de síntomas negativos (OR 0,16; $p < 0,01$). El TBP I-p se asoció positivamente al estado conyugal (OR 5,71; $p < 0,01$) y a la presentación de delirios congruentes afectivos (OR 2,06; $p < 0,001$); por lo contrario, el TBP I-p se asoció negativamente a síntomas negativos (OR 0,10; $p < 0,001$) y a los síntomas de primera categoría (OR 0,04; $p < 0,01$).

DISCUSIÓN

Nuestro estudio tuvo por objeto caracterizar a los pacientes con trastornos de la gama psicótica tratados en los servicios de salud mental de Italia. La integración de las diferentes intervenciones (como medicación, apoyo familiar y trabajo social) en el tratamiento de los casos y la provisión de bienestar son aspectos decisivos de estos servicios de atención mental a la población, que en su mayor parte están centrados en una población «real» de pacientes (13,14).

La evaluación realizada por evaluadores capacitados mediante el empleo de un proceso diagnóstico estandarizado demostró que, independientemente de la categoría diagnóstica, los pacientes psicóticos entrevistados en esta situación específica tuvieron una duración media prolongada de la enfermedad (alrededor de 20 años) y habían tenido relativamente escasas hospitalizaciones (valor de la mediana: 3). Además, la mayoría de los pacientes no logró la recuperación del último episodio de enfermedad y fueron tratados con antipsicóticos a largo plazo, lo que demuestra una evolución de la enfermedad sustancialmente grave y persistente.

La frecuencia del diagnóstico del TBP I-p (60 sujetos, 27% de toda la muestra) fue intermedia con respecto a la de los indivi-

duos con TEA (82 pacientes, 37% de la muestra) y con TEA (55 enfermos, 25% de la muestra). La tasa elevada de diagnóstico de trastorno bipolar I (según se evaluó mediante la SCID) en este grupo de pacientes fue notable en comparación con los estudios de muestras similares (1-5). Nuestros resultados confirman que una subpoblación de pacientes bipolares psicóticos tiene una evolución persistente de la enfermedad y un pronóstico desfavorable y necesita tratamiento antipsicótico a largo plazo (15, 16).

En el análisis unifactorial, los tres grupos diagnósticos no demostraron diferencias significativas en lo que respecta a las características sociodemográficas (p. ej., mediana de edad, distribución por género, pensión por invalidez), determinadas características clínicas (p. ej., media de edad al inicio, duración de la enfermedad, número de episodios agudos y hospitalizaciones, tasa de tendencia suicida, trastorno por ansiedad concomitante) y antecedente familiar de trastornos psicóticos y afectivos. En congruencia con los estudios previos, la frecuencia de los diversos tipos de síntomas psicóticos, según se evaluó mediante la SCID, mostró diferencias significativas (17-20). Los síntomas de primera categoría fueron más frecuentes en la EQZ que en el TEA o el TBP I-p, y los delirios relacionados con el estado de ánimo fueron más frecuentes en el grupo bipolar que en el grupo EQZ. Tales diferencias fueron confirmadas mediante el análisis de regresión logística polinomial.

El análisis unifactorial también demostró varias diferencias en el grado de funcionamiento entre los tres grupos (frecuencias de pacientes en centros psiquiátricos, pacientes casados y enfermos que alguna vez tuvieron trabajo; funcionamiento general y social y carga asistencial). Aunque este dato coincide con los estudios previos que vinculan el TEA con los trastornos afectivos en lo referente a evolución y pronóstico (20-23), cuando se analizaron las variables relacionadas con el funcionamiento en el análisis multifactorial, sólo el estado conyugal se mantuvo como una correlación con el diagnóstico de EQZ, lo que demuestra un solapamiento sustancial entre los tres grupos diagnósticos.

Observamos que los tres grupos diagnósticos no tenían diferencias significativas en los cinco dominios de la PSY-SR o en los siete dominios de la MOODS-SR. La discrepancia entre las características de los síntomas evaluados por los médicos y la psicopatología explorada por medio de una autoevaluación es un dato interesante. Se ha de tener presente que la evaluación autocomunicada que se recabó por medio de la PSY-SR y la MOODS-SR se refería al último mes previo a la entrevista, en tanto que los síntomas psicóticos se evaluaron en el curso de la vida. Sin embargo, tal análisis dimensional revela intervalos de calificaciones de la psicopatología similares en la EQZ, el TEA y el TBP I-p. Este resultado, aunado a los datos sobre la presentación clínica y los grados de funcionamiento, respalda la idea de que hay más similitudes que diferencias entre las tres psicosis (24).

Se deben tener presente algunas limitaciones de nuestro estudio. En primer lugar, el hecho de que la muestra analizada constara de pacientes con trastornos psicóticos persistentes y graves limita la generabilidad de nuestros resultados en la población de síntomas psicóticos como un todo. Asimismo, los resultados en parte están basados en informes retrospectivos; por consiguiente, no se puede descartar la influencia potencialmente distorsionante del sesgo de memoria retrospectiva. Además, todos los pacientes recibieron tratamiento farmacológico al momento de la evaluación, lo cual podría haber contribuido a modificar algunas de sus características psicopatológicas originales.

La evaluación dimensional no se puede considerar representativa de la población general en nuestros enfermos psicóticos por cuanto los cuestionarios fueron cumplimentados únicamente por un subgrupo de pacientes que de alguna manera tenían menos alteraciones. Asimismo, la evaluación psicopatológica se basó sobre todo en las calificaciones en la SCID. Las evaluaciones estandarizadas con más detalle posiblemente habrían revelado como importantes diferencias clínicas intergrupales sutiles. Los datos referentes a los antecedentes familiares de nuestros pacientes pueden haberse subestimado, dadas las dificultades para obtener información fiable de probandos o de sus expedientes clínicos. Por último, las limitaciones organizativas nos impidieron realizar evaluaciones neurocognitivas, las que podrían haber proporcionado una información valiosa para distinguir entre las tres categorías diagnósticas.

Agradecimientos

La financiación para este estudio fue proporcionada por el Italian National Institute of Health and the IDEA Foundation, Milán, Italia. Los autores desearían agradecer a los directores y al personal de los servicios de salud mental participantes (Dres. E. Quattrocchi, D. Bizzarri, G. Corlito, N. Magnani, E. Marchi, A. Soriani, R. Raimondi, S. Vignoli, F. Lazzerini, F. Carratori, D. Toschi, C. Rossi, E. Macchi, D. Pirolo, A. Garofalo, A. Fanali, C. Mastrocinque, M. Di Fiorino, M. Garuglieri, A. Cerù y M. Miniati), a los entrevistadores (A. Adamovit, A. Baldini, C. Bolognese, F. Casamassima, G. Ceraudo, A. Del Debbio, M.R. Doria, F. Golia, G. Griesi, P. Iazzetta, M. Liberti, S. Lijoi, V. Menniti, M.S. Mian, M.C. Monje, M.S. Montagnani, N. Mosti, F. Mungai, S. Navari, M. Polini, L. Rossi, E. Schiavi, S. Spagnoli y C. Taponecco), al gestor de datos M. Pezzini y a todos los participantes en el estudio por su colaboración y ayuda.

Bibliografía

- Ruggeri M, Leese M, Slade M et al. Demographic, clinical, social and service variables associated with higher needs for care in community psychiatric service patients. The South Verona Outcome Project 8. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:60-8.
- Macpherson R, Haynes R, Summerfield L et al. From research to practice: a local mental health services needs assessment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:276-81.
- Lelliott P, Audini B, Knapp M et al. The mental health residential care study: classification of facilities and description of residents. *Br J Psychiatry* 1996;169:139-47.
- Meltzer H, Gill B, Hinds K et al. The prevalence of psychiatric morbidity among adults living in institutions. *Int Rev Psychiatry* 2003;15:129-33.
- de Girolamo G, Picardi A, Santone G et al. The severely mentally ill in residential facilities: a national survey in Italy. *Psychol Med* 2005;35:421-31.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID). Washington: American Psychiatric Press, 1997.
- Conti L, Rossi A, Massimetti G. The project of a national data bank for the psychiatric care in Italy. *Eur Psychiatry* 1998;13(Suppl. 4):13.
- Morosini P, Gigantesco A, Mazzarda A et al. HoNOS-Rome: an extended, customized, and longitudinal oriented version of the Ho-NOS. *Epidemiol Psichiatri Soc* 2003;12:53-62.
- Jones SH, Thornicroft G, Coffey M et al. A brief mental health outcome scale - reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *Br J Psychiatry* 1995;166:654-9.
- Dell'Osso L, Armani A, Rucci P et al. Measuring mood spectrum disorder: comparison of interview (SCI-MOODS) and self-report (MOODS-SR) instruments. *Compr Psychiatry* 2002;43:69-73.
- Sbrana A, Dell'Osso L, Benvenuti A et al. The psychotic spectrum: validity and reliability of the Structured Clinical Interview for the Psychotic Spectrum. *Schizophr Res* 2005;75:375-87.
- Fagioli A, Dell'Osso L, Pini S et al. Validity and reliability of a new instrument for assessing mood symptomatology: the Structured Clinical Interview for Mood Spectrum (SCI MOODS). *Int J Methods Psychiatr Res* 1999;8:71-81.
- Thornicroft G, Tansella M. Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. *Epidemiol Psichiatri Soc* 2005;14:1-3.
- Tansella M, Amadeo F, Burti L et al. Evaluating a community-based mental health service focusing on severe mental illness. The Verona experience. *Acta Psychiatr Scand* 2006;429:90-4.
- Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry* 1992;149:999-1010.
- Coryell W, Turvey C, Endicott J et al. Bipolar I affective disorder: predictors of outcome after 15 years. *J Affect Disord* 1998;50:109-16.
- Evans JD, Heaton RK, Paulsen JS et al. Schizoaffective disorder: a form of schizophrenia or affective disorder? *J Clin Psychiatry* 1999; 60:874-82.
- Benabarre A, Vieta E, Colom F et al. Bipolar disorder, schizoaffective disorder and schizophrenia: epidemiological, clinical and prognostic differences. *Eur Psychiatry* 2001;16:167-72.
- Kendler KS, Neale MC, Walsh D. Evaluating the spectrum concept of schizophrenia in the Roscommon Family Study. *Am J Psychiatry* 1995;152:749-54.
- Jager M, Bottlender R, Strauss A et al. Fifteen year follow-up of ICD-10 schizoaffective disorders compared with schizophrenia and affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:30-7.
- Moller HJ, Hohe-Schramm M, Cording-Tommel C et al. The classification of functional psychoses and its implications for prognosis. *Br J Psychiatry* 1989;154:467-72.
- Pope HG, Lipinski JF, Axelrod DT. «Schizoaffective disorder»: an invalid diagnosis? A comparison of schizoaffective disorder, schizophrenia and affective disorder. *Am J Psychiatry* 1980;137:921-7.
- Nardi AE, Nascimento I, Freire RC et al. Demographic and clinical features of schizoaffective (schizobipolar) disorder – a 5-year retrospective study. Support for a bipolar spectrum disorder. *J Affect Disord* 2005;89:201-6.
- Craddock N, Owen M.J. Rethinking psychosis: the disadvantages of a dichotomous classification now outweigh the advantages. *World Psychiatry* 2007;6:84-91.

Informe de la comisión de la WPA sobre la fuga de cerebros

OYE GUREJE¹, SHEILA HOLLINS², MICHEL BOTBOL³, AFZAL JAVED⁴, MIGUEL JORGE⁵, VIOLET OKECH⁶, MICHELLE RIBA⁷, JITENDRA K. TRIVEDI⁸, NORMAN SARTORIUS⁹, RACHEL JENKINS¹⁰

¹Department of Psychiatry, University of Ibadan, PMB 5116, Ibadan, Nigeria

²Division of Mental Health, St. George's University, London, UK

³Adolescent Hôpital de Neuilly sur Seine, Paris, France

⁴Medical Centre, Nuneaton, Warwickshire, UK

⁵Clinical Psychiatry Section, Paulista School of Medicine, Federal University of Sao Paulo, Brazil

⁶Gender Based Violence Recovery Centre, Kenyatta National Teaching and Referral Hospital, Nairobi, Kenya

⁷Department of Psychiatry, University of Michigan, Ann Arbor, MI, USA

⁸Department of Psychiatry, King George's Medical University, Lucknow, India

⁹Association for the Improvement of Mental Health Programmes, Geneva, Switzerland

¹⁰Institute of Psychiatry, King's College, London, UK

La fuga de cerebros en el ámbito de los profesionales sanitarios es un problema de interés y debate continuo. La WPA designó una Comisión para analizar el fenómeno en su relación específica con los profesionales de la salud mental. Este informe proporciona una descripción del trabajo de la Comisión y sus recomendaciones con respecto a cómo la WPA podría actuar para ayudar a hacer frente al problema.

Palabras clave: Fuga de cerebros, profesionales de la salud mental, países de bajos y medianos ingresos.

(World Psychiatry 2009;8:115-118)

El personal sanitario tiene una distribución desigual en todo el mundo: hay países que tienen los máximos índices de morbilidad y las cifras más bajas de personal sanitario, en tanto que hay otros con necesidades relativamente bajas y que tienen el máximo número de personal. África, por ejemplo, tiene un 25% de la morbilidad mundial y sin embargo sólo cuenta con el 3% del personal sanitario de todo el mundo y el 1% de los recursos económicos mundiales para afrontar este reto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) identificó 57 países con escasez crítica de personal sanitario y 36 de ellos se hallan en África (1). La evaluación de la carencia global de personal sanitario utilizando el Análisis de la Iniciativa para el Aprendizaje Conjunto (2) reveló que la máxima escasez de personal sanitario se hallaba en el Sureste de Asia y la máxima necesidad relativa estaba en el África subsahariana, donde se necesita un aumento de casi un 140% para satisfacer el umbral (1).

La migración de mano de obra sanitaria muy cualificada de los países menos desarrollados a los desarrollados, un fenómeno popularmente conocido como «fuga de cerebros», se ha reconocido desde la década de 1960 y ha sido objeto de frecuentes comentarios (3-5). La fuga de cerebros en el ámbito del personal sanitario especializado crea desequilibrios en los recursos humanos sanitarios globales (6) e importantes problemas de recursos humanos para los ministerios de salud de los países originarios (7). En el África subsahariana, la fuga de cerebros en el campo de la salud limita gravemente incluso la infraestructura básica de los servicios sanitarios (8-11). Médicos y enfermeras muy preparados, que estarían desempeñando funciones clínicas y de supervisión importantes en sus sistemas de salud, emigran a países industrializados y causan un debilitamiento de las capacidades de tal sistema para brindar servicios esenciales a los que los necesitan. La situación actual en África es diferente de la que existía en la década de 1980, periodo en el que los profesionales cualificados emigraban a los países desarrollados para adquirir conocimientos y destrezas pero luego volvían a su hogar, mejor preparados para servir a sus países (12).

LA COMISIÓN DE LA WPA PARA EL ANÁLISIS DE LA FUGA DE CEREBROS

La Comisión sobre la Fuga de Cerebros fue formada por el Comité Ejecutivo de la WPA a fines de 2006. Se ordenó que se analizaran los aspectos relacionados con la fuga de cerebros de psiquiatras de países de ingresos bajos y medianos y que se hicieran recomendaciones a la WPA sobre posibles acciones para hacer frente al problema.

La Comisión llevó a cabo sus actividades a través de entrevistas personales, un análisis de la bibliografía, mensajes de correo electrónico, teleconferencias y consultas a asesores especiales. Se llevaron a cabo charlas con las autoridades del Departamento de Salud Mental y de Abuso de Drogas de la OMS. Se realizaron pequeñas encuestas entre dos grupos de psiquiatras para recopilar información sobre los patrones de migración, las consecuencias de ésta y los motivos de la misma. Un grupo estaba conformado por psiquiatras inmigrantes que trabajaban en el Reino Unido y el otro grupo estaba constituido por psiquiatras que lo hacían en sus lugares de origen en Nigeria, Kenya y Tanzania.

El cuestionario de la encuesta para los psiquiatras emigrados abordaba la experiencia de la migración, las razones de la misma y la probabilidad de que los psiquiatras estuviesen preparados para proporcionar apoyo clínico o académico a sus países de origen y las modalidades que podrían hacer esto posible. El cuestionario de la encuesta para los psiquiatras que trabajaban en sus lugares de origen abordaba las bases de la decisión para permanecer en su país, si habían contemplado la posibilidad de emigrar y la experiencia de trabajar en sus propios países de origen. Se enviaron por correo cuestionarios a una muestra posible de 65 psiquiatras inmigrantes en el Reino Unido, 30 psiquiatras que trabajaban en su país de origen en Nigeria, 8 en Kenia y 4 en Tanzania. Se estableció contacto con los psiquiatras inmigrantes en el Reino Unido a través de sus asociaciones

nacionales en el Reino Unido con la ayuda de Sheila Hollins (Presidenta del Royal College of Psychiatrists en ese período). Veintiuno (32%) de los psiquiatras inmigrantes y 28 (67%) de los psiquiatras que trabajan en su país de origen devolvieron los cuestionarios cumplimentados.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LA BIBLIOGRAFÍA Y DE LAS ENCUESTAS

El análisis de la bibliografía demostró que Estados Unidos, el Reino Unido, Canadá y Australia fueron los principales receptores de médicos inmigrantes en el último medio siglo (13, 14). Sin embargo, el desplazamiento no es sólo a esos países. Los asiáticos se desplazan a Norteamérica, los egipcios se desplazan a países exportadores de petróleo y los europeos orientales a una Unión Europea expansiva (15). Incluso en África, los médicos de países africanos circunvecinos emigran a Sudáfrica, en tanto que Sudáfrica exporta médicos a los países desarrollados. Los médicos capacitados del África subsahariana representan casi una cuarta parte (23%) del personal médico actual en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD), en tanto que las enfermeras y las matronas capacitadas en el África subsahariana constituyen alrededor del 5% del personal de enfermería actual (1).

El análisis de la bibliografía también indicó que los ingresos del personal sanitario afectaban a la asistencia sanitaria y a los sistemas de salud. Afectan a la motivación, el desempeño, la moral y la capacidad de los empleadores para atraer y conservar personal (16). Cuando los salarios son bajos, el personal sanitario tiene la tendencia a buscar diversas formas de complementar sus ingresos (17). Las condiciones de trabajo surgen como el factor predisponente individual más importante para la migración del personal sanitario (18).

Sin embargo, la migración puede ocurrir en diferentes épocas en las carreras de los profesionales sanitarios y, basándose en este hecho, la migración de los profesionales sanitarios puede clasificarse en tres categorías: los que se desplazan a otros países para capacitarse y no regresan después de concluir sus estudios; los que van a otros países para una formación especializada, regresan a trabajar por un tiempo después de sus estudios y luego emigran; y los que reciben una formación local y emigran después de concluir sus programas o después de trabajar por algún período (19).

El desplazamiento de los profesionales sanitarios desde países de bajos ingresos se debe a una combinación de factores de «empuje» de los países originarios y factores de «atracción» de los países receptores. Las fuerzas de empuje son: la falta de financiación para la investigación, los recursos deficientes para la investigación, la limitada estructura profesional, la deficiente estimulación intelectual, las amenazas de violencia y de disturbios sociales, la falta de una preparación satisfactoria para sus hijos, las bajas remuneraciones, las condiciones de vida deficientes, la inseguridad en el lugar de trabajo, la carencia de vías de desarrollo profesional claras y la escasez de oportunidades para el desarrollo profesional (20-23). Otros motivos son la falta de reconocimiento de los descubrimientos de investigación en la política y planificación sanitaria del país y la inexistencia de una cultura de toma de decisiones basada en la evidencia (19). Los factores que atraen a estos profesionales a los países desarrollados son los opuestos a los que existen en sus propios países y comprenden la incorporación orientada a cubrir vacantes en los países más ricos, mejores

remuneraciones y condiciones de trabajo, condiciones de vida seguras y favorables, oportunidades de empleo disponibles y oportunidades para el desarrollo intelectual (24).

El análisis indicó además que la migración de médicos a países más ricos es un obstáculo creciente para la salud global y que los países menos desarrollados pierden sus recursos sanitarios como resultado de la pérdida de médicos (5). La fuga de cerebros tiene una repercusión directa negativa sobre el estado de salud de la población y consecuencias asociadas sobre la productividad y el bienestar de la población. La migración desde algunos países asiáticos, sobre todo China, ha crecido en grado significativo y un 30% de los médicos chinos emigraron a Australia en el período de 1995-1996 (25). Los informes de la Conferencia Afroarábica en Addis Abeba en 2003 demostraron que el 54% de los médicos de países de bajos ingresos (Universidades de Arabia y África) trabajaban en Europa o en Norteamérica. El informe del programa de desarrollo de las Naciones Unidas indica que más de 15.000 médicos árabes emigraron a países industrializados entre 1998 y 2000 y un 25% de los 30.000 graduados de universidades árabes ejercían fuera de su país.

En comparación con la información sobre la migración de los médicos en general, hay una escasez de datos sobre la migración de los psiquiatras. En general, Estados Unidos, el Reino Unido y Canadá han incorporado especialistas de muchos países en vías de desarrollo. No hay duda de que la demanda de trabajo de profesionales sanitarios especializados es considerable en los países industrializados. El Reino Unido tiene la máxima proporción de médicos provenientes de países de ingresos bajos (5) y los psiquiatras constituyen una gran proporción de los empleados (26). Entre los psiquiatras consultores del Reino Unido, un 26,4% de los psiquiatras generales, un 32,2% de los psiquiatras geriátricos y el 58,9% de los psiquiatras especializados en discapacidad para el aprendizaje se prepararon en el extranjero (27). Australia cuenta con casi 2.200 psiquiatras para una población un poco menor de 20 millones de personas. De ellos, se calcula que alrededor de un 15% son médicos formados en el extranjero, muchos de ellos en países en vías de desarrollo del sureste de Asia.

La notable diferencia entre los países que ganan y pierden se ejemplifica en el Reino Unido, que cuenta con casi 40 psiquiatras por millón de población, en comparación con gran parte del África subsahariana que tiene menos de uno y la India que cuenta con casi cuatro por millón de personas (28). Sin embargo, la India y algunos países del África subsahariana son los que más contribuyen con personal del ámbito de la salud mental en el Reino Unido. Ghana, por ejemplo, tiene 13 psiquiatras (ocho de ellos jubilados) para una población de 20 millones y se ha calculado que hay más psiquiatras ghanianos que ejercen en la ciudad de Toronto, Canadá, de los que hay en Ghana. El retorno de los psiquiatras nigerianos que trabajan en el Reino Unido a su país modificaría el índice de psiquiatras con respecto a la población desde 0,09 hasta 0,26 por 100.000.

El Programa Internacional de Becas del Servicio Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido se dirigió a los psiquiatras consultantes experimentados, a menudo los que trabajan en escuelas de medicina, minando simultáneamente los recursos clínicos y los medios para la formación de la siguiente generación de especialistas (29). Inevitablemente, hay en la actualidad informes de vacantes en los servicios de salud mental pública en los países en vías de desarrollo (30).

Debe presuponerse que el efecto de la emigración sobre los servicios de salud mental será drástico en algunos países. Esto se debe a que en muchos países en vías de desarrollo la es-

pecialidad de la psiquiatría todavía no es muy atractiva para los graduados de medicina por múltiples razones, incluida la estigmatización percibida y la baja categoría profesional ante el público y entre los médicos colegas.

Los mismos factores ya indicados que llevaron a la emigración de otros profesionales sanitarios probablemente contribuyen a la fuga de cerebros de profesionales de la salud mental, incluidos los psiquiatras. Sin embargo, otros aspectos peculiares del ejercicio de la psiquiatría en los países de ingresos bajos y medianos también pueden ser importantes. La encuesta realizada por la Comisión entre los psiquiatras inmigrantes en el Reino Unido realizada en 2007-2008 demostró que aspectos como el aislamiento profesional y la búsqueda de mejores oportunidades de capacitación figuraban entre los motivos profesionales para emigrar. Algunos de los que se han ido al extranjero para una formación superior no pudieron regresar después a causa de que sus certificados en el extranjero no fueron reconocidos en su país de origen, una situación que puede resultar peculiar en su proceso local de acreditación en psiquiatría. Algunos encontraron una diferencia notable en la forma en que se ejercía la psiquiatría en sus países de origen en comparación con el Reino Unido y ya no quisieron regresar a su país de origen. Algunas de estas diferencias son un enfoque multidisciplinario inadecuado (probablemente lo que refleja una escasez de otros profesionales de la salud mental) y condiciones de tratamiento deficiente para los pacientes, lo que comprende una atención inadecuada a sus derechos humanos.

En la segunda encuesta realizada por la Comisión, el 75% (21 de 28) de los psiquiatras que ejercían en su país en Nigeria, Kenia y Tanzania habían contemplado la posibilidad de emigrar. De éstos, seis todavía estaban esperando hacerlo, en tanto que 15 al parecer habían renunciado a la idea (11 por cuestiones familiares y cuatro porque percibían cambios favorables en sus países). Si bien la remuneración deficiente, la insatisfacción con el trabajo y las condiciones sociales y el deseo de mejor educación para los hijos fueron los motivos más frecuentes para desear emigrar, también se mencionó el aislamiento profesional.

La falta de oportunidades de capacitación locales o los programas de capacitación inadecuados son motivos importantes para emigrar. Las características de los psiquiatras encuestados en el Reino Unido, al mostrar que la mayoría originalmente se habían formado como médicos en sus países de origen pero habían emigrado para especializarse, así como la respuesta de los psiquiatras encuestados en África, claramente demuestran que la disponibilidad de oportunidades locales para capacitarse puede ayudar a reducir la necesidad de emigrar.

A menudo se ha indagado la perspectiva de convertir la fuga de cerebros en «circulación de cerebros» haciendo que los profesionales sanitarios inmigrantes vuelvan esporádicamente a sus países de origen para brindar asistencia en los servicios clínicos y en la capacitación. Se les preguntó a los encuestados en el Reino Unido sobre su disponibilidad a hacer esto. Todos, con grados variables de entusiasmo, comunicaron su disponibilidad a regresar a su país para ayudar a la formación de otros profesionales, colaborar en la investigación y, en menor grado, brindar apoyo clínico. Sin embargo, el 81% de los encuestados vio una dificultad u otra para hacer esto. Los obstáculos frecuentemente identificados fueron los referentes a las restricciones en sus contratos laborales actuales en el Reino Unido y los procedimientos administrativos o burocráticos en sus países de origen. Aun cuando la idea de volver a su país de origen pareciera atractiva, la realidad de sus circunstancias presentes

hacía que la mayoría de los médicos inmigrantes mostrarán escepticismo con respecto a la posibilidad de tal arreglo.

RECOMENDACIONES

Los resultados de la investigación de la Comisión demuestran que la escala y la magnitud del problema de la fuga de cerebros es difícil de captar, dados los datos inadecuados sobre el movimiento del personal sanitario, sobre todo el desplazamiento de psiquiatras y de otro personal de la salud mental. Es útil una serie breve de propuestas planteadas por Scott y cols. (31) sobre las estrategias nacionales y las estrategias de cooperación internacional para abordar la ética de la «migración de mano de obra cualificada» de fuentes como el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Médica Mundial y de profesionales sanitarios inmigrantes y «que permanecen en su país de origen», pero se necesita mucho más. Los resultados muestran también que la fuga de cerebros es un fenómeno decisivo que daña la asistencia sanitaria mental en los países de ingresos bajos y medianos y que hay motivos específicos para la migración que pueden analizarse y abordarse.

La Comisión recomienda que la WPA asuma la dirección en centrar la atención en el efecto singular de la fuga de cerebros sobre la prestación de los servicios de salud mental en los países de ingresos bajos y medianos. La serie reciente de Lancet proporciona un panorama convincente de esta peculiaridad (32). La WPA debería trabajar con los principales interesados en ejercer presión sobre los países que se han beneficiado más de la fuga de cerebros, como Estados Unidos, el Reino Unido, Australia y Canadá, para que se comprometan específicamente a brindar ayuda a los países de ingresos bajos y medianos para el desarrollo de sus servicios de salud mental, lo que comprende un aumento sustancial en la asignación de recursos para la formación específica en el área de salud mental y los programas de prestación de servicios. Debería colaborar con la OMS para asegurarse de que el problema de la fuga de cerebros sea tema de discusión en un Congreso de Ministerios (o Consejo) de la OMS y con el Movimiento Global para la Salud Mental a fin de fomentar que este último confiera la importancia debida al aspecto de la fuga de cerebros en sus actividades de promoción planificadas.

La WPA debería incorporar el apoyo activo de las asociaciones integrantes en el Reino Unido, Estados Unidos, Australia y Canadá para que ejerzan las presiones necesarias a sus gobiernos a fin de que establezcan procedimientos éticos de incorporación de profesionales. Esto debería comprender un compromiso de no incorporar a profesionales de los países más desfavorecidos. La WPA debería analizar las formas en que los programas de formación de especialistas puedan desarrollarse en regiones del mundo donde no exista ninguno y donde los recursos para la formación en la actualidad sean burdamente insuficientes. La WPA debería desarrollar una colaboración con las asociaciones afiliadas como el Royal College of Psychiatrists en el Reino Unido, que estén interesadas en brindar apoyo a tales iniciativas o que ya las estén implementando a través de sus programas de voluntariado.

La WPA debería contar con un programa para apoyar a los psiquiatras que trabajan en aislamiento relativo en los países de ingresos bajos y medianos. Se debería ayudar a tales psiquiatras para que establezcan comunicación con colaboradores de su región y de otras partes. Una forma importante de hacer esto consiste en ofrecer oportunidades dirigidas a tales psiquiatras para asistir a los congresos y las conferencias de la WPA.

Como se indicó en las respuestas de nuestras dos encuestas, el aislamiento profesional fue un factor para emigrar y los encuestados recomendaron, entre los pasos para reducir la fuga de cerebros, que se dieran oportunidades para la intercomunicación internacional. La WPA puede hacer una serie de cosas específicas por estos profesionales: a) recomendar a asociaciones afiliadas importantes, como las del Reino Unido, Estados Unidos, Canadá y Australia, que consideren el brindar a estos psiquiatras la suscripción gratuita de las revistas que publican; b) establecer un fondo económico especial que los apoye para la asistencia a los congresos; y c) fomentar el establecimiento de una página de Internet dedicada a estos profesionales con el propósito de facilitar la comunicación entre ellos y con otros colegas dentro de la WPA.

La WPA puede ayudar a los psiquiatras inmigrantes a que retribuyan con algo a sus países de origen. Nuestra encuesta entre los psiquiatras que trabajan en el Reino Unido demuestra que, si bien la mayoría estaban dispuestos a ello, también identificaron una serie de obstáculos que podrían imposibilitar este cometido. Las principales barreras tienen que ver con los mecanismos por los que sus empleos actuales podrían permitir tal periodo de absentismo y los problemas en el reconocimiento de los diplomas obtenidos en el extranjero. La WPA debería analizar con las asociaciones afiliadas los mecanismos que permitan superar tales obstáculos. Una iniciativa desarrollada por los psiquiatras de Ghana en la diáspora de los últimos años ha resultado útil para facilitar la capacitación de los profesionales de la salud mental en formación en Ghana por los psiquiatras inmigrantes. Se puede fomentar la instauración de tal programa por otros grupos.

La fuga de cerebros de los profesionales psiquiátricos es un problema crítico para los países de ingresos bajos y medianos. La WPA, al establecer la Comisión para analizar este problema, ha reconocido la importancia de este fenómeno y ha mostrado su disposición para adoptar un papel dirigente al abordarlo. La Comisión ha identificado roles específicos para la WPA así como una serie de pasos prácticos que pueden implementarse en lo sucesivo y desarrollarse mediante una iniciativa continua.

Agradecimientos

Se agradece la ayuda de Lola Kola para la preparación de este informe.

Bibliografía

- World Health Organization. The world health report 2006: working together for health. Geneva: World Health Organization, 2006.
- Joint Learning Initiative. Human resources for health: overcoming the crisis. Cambridge: Joint Learning Initiative, 2004.
- Carrington WJ, Detragiache E. How big is the brain drain? IMF Working Paper 98/102, 1998.
- Lohr K, Vanelow NA, Detmer DE. The nation's physician workforce: options for balancing supply and requirements. Washington: National Academics Press, 1996.
- Mullan F. The metrics of the physician brain drain. *N Engl J Med* 2005;353:1810-8.
- Mejia A, Pizurki H, Royston E. Physician and nurse migration: analysis and policy implications. Geneva: World Health Organization, 1979.
- Sanders D, Dovlo D, Meeus W et al. Public health in Africa. In: R. Beaglehole (ed). *Global public health: a new era*. Oxford: Oxford University Press, 2003:135-55.
- Meeus W. "Pull" factors in international migration of health professionals: an analysis of developed countries' policies influencing migration of health professionals. Bellville: University of the Western Cape, 2003.
- Huddart J, Picazo O. The health sector human resource crisis in Africa. Washington: Bureau for Africa, Office of Sustainable Development, United States Agency for International Development, 2003.
- Hyder AA. Third world brain drain: performance of health professionals and systems needs to be assessed. *BMJ* 2003;327:929-30.
- Padarath A, Chamberlain C, McCoy D et al. Health personnel in Southern Africa: confronting maldistribution and brain drain. Equinet Discussion Paper no. 4, 2003.
- Ana JN. Africa's medical brain drain: brain gain and brain circulation result when drain is reversed. *BMJ* 2005;331:780.
- Martineau T, Decker K, Bundred P. "Brain drain" of health professionals: from rhetoric to responsible action. *Health Policy* 2004;70: 1-10.
- Mullan F, Politzer RM, Davis CH. Medical migration and the physician workforce: international medical graduates and American medicine. *JAMA* 1995;273:1521-7.
- Ahmad OB. Managing medical migration from poor countries. *BMJ* 2005;331:43-5.
- Hertzberg F, Mausner B, Snyderman B. The motivation to work. New York: Wiley, 1959.
- Roenen C, Ferrinho P, van Dormael M et al. How African doctors make ends meet: an exploration. *Trop Med Int Health* 1997;2: 127-35.
- McCallum N, Tyler V. International experience with civil service censuses and civil service databases. London: International Records Management Trust, 2001.
- Kirigia J, Gbary AR, Muthuri LK et al. The cost of health professionals' brain drain in Kenya. *BMC Health Serv Res* 2006;6:89.
- Pang T. Brain drain and health professionals: a global problem needs global solutions. *BMJ* 2002;324:499-500.
- Kupfer L, Hofman K, Jarnwan R et al. Strategies to discourage brain drain. *Bull World Health Organ* 2004;82:616-23.
- Alem A, Jacobsson L, Hanlon C. Community-based mental health care in Africa: mental health workers' views. *World Psychiatry* 2008;7:54-7.
- 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;7:79-86.
- Stilwell B, Diallo K, Zurn P et al. Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. *Bull World Health Organ* 2004;82:595-600.
- Australian Medical Workforce Advisory Committee. Annual Report 2001-2002. Canberra: Australian Medical Workforce Advisory Committee, 2002.
- Goldberg D. The NHS International fellowship scheme for consultant psychiatrists. *Newsletter of the Faculty of General and Community Psychiatry* 2003;6:5-6.
- Goldacre MJ, Davidson JM, Lambert TW. Country of training and ethnic origin of UK doctors: database and survey studies. *BMJ* 2004;329:597.
- World Health Organization. Atlas country profiles of mental health resources. Geneva: World Health Organization, 2001.
- Patel V. Recruiting doctors from poor countries: the great brain robbery? *BMJ* 2003;327:926-8.
- Ndeti D, Karim S, Mubasshar M. Recruitment of consultant psychiatrists from low and middle income countries. *Int Psychiatry* 2004;1:15-8.
- Scott ML, Whelan A, Dewdney J et al. "Brain drain" or ethical recruitment? *Med J Australia* 2004;180:174-6.
- Lancet Mental Health Group. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet* 2007;370:1241-52.

¿Cuáles son las características de un buen psiquiatra? Una encuesta entre tutores clínicos responsables de la capacitación psiquiátrica en el Reino Unido y en Irlanda

DINESH BHUGRA¹, KANDIAH SIVAKUMAR¹, GARETH HOLSGROVE¹, GEORGIA BUTLER², MORVEN LEESE²

¹Royal College of Psychiatrists, 17 Belgrave Square, London SW1X 8PG, UK

²Institute of Psychiatry, De Crespigny Park, London SE5 8AF, UK

Las características de un buen psiquiatra que ejerce en los servicios de salud del Reino Unido se han descrito en forma normativa pero no en la práctica. Nos propusimos determinar las características clave que son necesarias para identificar a un individuo como un buen psiquiatra que se convierta en miembro del Royal College of Psychiatrists. Se llevó a cabo una encuesta por correo entre todos los instructores clínicos responsables de la enseñanza de la psiquiatría en el Reino Unido y en Irlanda. Estos instructores fueron aprobados por el Royal College of Psychiatrists. Ciento trece instructores respondieron (de entre 163, un 69,3% respondieron). Las características más importantes que se identificaron fueron la competencia global en el diagnóstico, el tratamiento y las investigaciones (98%) y la menos deseable fue la capacidad para evaluar al personal (13%). Con los cambios recientes en la enseñanza y la evaluación en el Reino Unido, se necesitan más encuestas de esta índole para comprender las perspectivas de los instructores, lo que también se debería extender a los educandos.

Palabras clave: Buen psiquiatra, enseñanza de la psiquiatría y competencias centrales.

(*World Psychiatry* 2009;8:119-120)

El Royal College of Psychiatrists publicó el Ejercicio Psiquiátrico Satisfactorio (1) en 2000, con una tercera edición actualizada en 2009. Tomando como modelo el Ejercicio Médico Satisfactorio (2) elaborado por el Consejo de Medicina General, se enumeran como un buen ejercicio psiquiátrico la competencia clínica, el ser un buen comunicador y saber escuchar, una comprensión básica de la dinámica de grupo, la capacidad para trabajar en equipo, la capacidad para tomar decisiones y evaluar al personal con una comprensión básica de los principios del tratamiento operacional, la comprensión del papel y la posición de los pacientes vulnerables y comprender y estimular a los pacientes y a sus cuidadores, con un conocimiento crítico de las respuestas emocionales a las situaciones clínicas.

Dentro del Servicio de Salud Nacional (NHS), la formación de los psiquiatras está organizada en esquemas de capacitación, con instructores clínicos (aprobados por el Royal College of Psychiatrists) como individuos responsables de la capacitación, la tutoría y el apoyo a una serie de educandos. Los instructores tienen que respaldar la solicitud de un aspirante a realizar un examen de acceso al Royal College of Psychiatrists para la adjudicación del MRCPsych, que es un requisito previo a una formación superior que lleve a la categoría de especialista en una de las seis subespecialidades de la psiquiatría: psiquiatría general y social del adulto, psiquiatría infantil y del adolescente; psiquiatría de la discapacidad en el aprendizaje; psiquiatría forense, psicoterapia y psiquiatría geriátrica. La función de aprobar los programas de formación fue asumida en general por un Consejo de Educación Médica y Enseñanza para Posgraduados (PMETB, por sus siglas en inglés). Sin embargo, el PMETB ha establecido claramente los principios de la enseñanza y la evaluación.

Aunque Estados Unidos y Canadá han tenido informes de competencias y conceptos evolutivos sobre el ejercicio clínico

y la enseñanza (3-5), sólo en fechas recientes se están analizando estos conceptos en el Reino Unido. Scheiber y Kramer (6) señalan que se pueden medir las competencias en una escala gradual. Las competencias centrales son las fundamentales para el ejercicio médico y no son modificables (4).

Mikhael (7) ha elaborado una lista de competencias para los médicos especializados, que son similares a las reconocidas en el Ejercicio Psiquiátrico Satisfactorio y también comprenden capacidades diagnósticas, destrezas de comunicación, colaboración y dirección para fomentar la salud y su estudio. Estas competencias pueden rastrearse en diferentes métodos de evaluación.

Cuando los educandos obtienen su MRCPsych después de su examen, tienen la obligación de cumplir las normas de formación y ejercicio. Hasta en tiempos recientes, el Royal College of Psychiatrists supervisaba estas normas, pero a partir del 30 de septiembre del 2005 el PMETB ha asumido esta responsabilidad.

Los instructores clínicos son individuos clave responsables de la enseñanza y están en contacto constante con los educandos. Decidimos abordarlos y obtener sus puntos de vista sobre las características de un buen psiquiatra.

Utilizamos una encuesta por correo y a todos los instructores que figuraban en la base de datos del Royal College of Psychiatrists se les remitió el cuestionario. En vista de la escasez de recursos, no se concretó el seguimiento ni recordatorios. La carta que se envió ponía en claro que no era obligatorio responder.

Las competencias estipuladas en el Ejercicio Psiquiátrico Satisfactorio se consolidaron en 10 competencias (véase la tabla 1) y se les pidió a los encuestados que calificaran cada competencia como positiva (simplemente señalando «sí») y negativa (señalando «no») o «no lo sé». Se llevó a cabo un análisis tabular simple.

Tabla 1. Características de un buen psiquiatra de acuerdo con los instructores clínicos en el Reino Unido y en Irlanda (n = 113)

Características	Sí n (%)	No n (%)	no sabe n (%)
Competencia clínica global en el diagnóstico, las investigaciones y el tratamiento	111 (98,2)	2 (1,8)	0
Ser un buen comunicador y saber escuchar	109 (96,5)	1 (0,9)	3 (2,6)
Tener una buena comprensión de la dinámica de grupo	46 (40,7)	5 (4,4)	62 (54,9)
Poder trabajar en una atmósfera de grupo en el que se justiprecien las opiniones individuales y los miembros del equipo sientan que pueden tomar las decisiones	99 (87,6)	2 (1,8)	12 (10,6)
Capacidad para tomar decisiones clínicas apropiadas	110 (97,3)	3 (2,6)	0
Capacidad para evaluar al personal	15 (13,3)	7 (6,2)	91 (80,5)
Comprensión básica de los principios del tratamiento operacional	37 (32,7)	6 (5,3)	70 (61,9)
Comprensión y conocimiento del papel y la posición y el tratamiento de los pacientes vulnerables	94 (83,2)	5 (4,4)	14 (12,4)
Comprender, estimular y dar esperanza a los pacientes y a quienes los cuidan	94 (83,2)	3 (2,6)	16 (14,2)
Un autoconocimiento crítico de las respuestas emocionales a las situaciones clínicas	78 (69,0)	3 (2,6)	32 (28,3)

De los 163 instructores clínicos que fueron encuestados, se recibieron las respuestas de 113 (69,3% de respuesta). En la tabla 1 se muestran los resultados.

Hubo un acuerdo abrumador sobre la importancia de la competencia clínica global en diagnóstico, investigaciones y tratamiento, de ser un buen comunicador y de tener la capacidad para tomar decisiones clínicas apropiadas. Los encuestados no pudieron señalar si la capacidad para evaluar al personal, la comprensión básica de los principios del tratamiento operacional y el tener una comprensión básica de la dinámica de grupo eran deseables para este grupo de educandos.

Esta breve encuesta resalta las características habituales y convenientes de un buen psiquiatra. Aunque fue una encuesta enviada por correo, la tasa de respuesta fue muy aceptable. Si bien sería de esperar que quienes respondieran fuesen los que tuviesen un criterio establecido, parece improbable que los puntos de vista específicos de los encuestados se sesgaran en una dirección específica.

No es de sorprender que las características más deseables tengan que ver con las destrezas y competencias clínicas, lo cual sería de esperar en los psiquiatras. El resultado sorprendente es que la mayoría de los encuestados no pudo señalar si es esencial un conocimiento de la dinámica de grupo. Éste ha sido uno de los requisitos del Royal College of Psychiatrists para la enseñanza. El escaso énfasis en la dinámica de grupo indica que puede haber un alejamiento de los principios psicodinámicos generales, como solía enseñárseles éstos a los educandos. Esto también puede ser un reflejo de una escasez de psicoterapeutas/instructores en psicoanálisis. La importancia que se le da al tratamiento operacional y a la evaluación del personal es comprensiblemente escasa, ya que no es de esperar que los educandos participen en estas actividades aunque hayan comenzado a evaluarse. También es posible que el papel de estas actividades sea más claro para las organizaciones y

las instituciones como el Royal College of Psychiatrists y los hospitales, pero no para los instructores o los educandos.

Con los cambios recientes en la enseñanza y la evaluación en el Reino Unido, se necesitan más encuestas de esta clase para comprender los puntos de vista de los instructores y debería ampliarse preferentemente también a los educandos.

Agradecimiento

Los autores desean expresar su agradecimiento a todos los participantes por sus respuestas.

Bibliografía

1. Royal College of Psychiatrists. Good psychiatric practice. London: Royal College of Psychiatrists, 2009.
2. General Medical Council. Good medical practice. London: General Medical Council, 2006.
3. Scheiber SC, Kramer TAM, Adamowski SE (eds). Core competencies for psychiatric practice. Washington: American Psychiatric Publishing, 2003.
4. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. CanMEDS 2000 Project Report. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 1996.
5. Andrews LB, Burruss JW. Core competencies of psychiatric education. Washington: American Psychiatric Publishing, 2004.
6. Scheiber SC, Kramer TAM. What core competencies mean to psychiatrists and trainees. In: Scheiber SC, Kramer TAM, Adamowski SE (eds). Core competencies for psychiatric practice. Washington: American Psychiatric Publishing, 2003:3-6.
7. Mikhael NZ. Advance standards: the Canadian concept of specialty competencies as delineated by physician roles. In: Scheiber SC, Kramer TAM, Adamowski SE (eds). Core competencies for psychiatric practice. Washington: American Psychiatric Publishing, 2003: 23-42.

Reconsideración de la reforma psiquiátrica

GEORGE CHRISTODOULOU

Hellenic Centre for Mental Health and Research, Athens, Greece

La tendencia al establecimiento de los servicios psiquiátricos en la población parece ser general. Sin embargo, antes de cerrar un hospital psiquiátrico es necesario establecer los centros alternativos apropiados en la población. Todo programa para tratar a los pacientes fuera de establecimientos sanitarios debería tener un componente diacrónico y deberían tomarse en cuenta los aspectos culturales. Se debe decidir sobre la atención a cada paciente basándose en sus características. Por último, el tratamiento de los pacientes fuera de los establecimientos sanitarios es sólo un aspecto de la reforma psiquiátrica. La prevención psiquiátrica primaria es igual o incluso más importante.

Palabras clave: Reforma psiquiátrica, tratamiento fuera de establecimientos sanitarios, servicios psiquiátricos en la población, prevención primaria.

(World Psychiatry 2009;8:121-122)

La prestación de asistencias psiquiátrica ha experimentado muchos cambios, de conformidad con las ideas científicas predominantes, los cambios sociales, las decisiones políticas, las cuestiones económicas y otra serie de variables. Lo que era bueno hace 100 años ya no lo es y puede de hecho ser muy malo. Tomemos por ejemplo el manicomio o asilo de enfermos mentales. Cuando se introdujo el manicomio en la psiquiatría sirvió a un buen propósito y éste era integrar la psiquiatría en la medicina general. Esta clase de prestación de asistencia de salud mental fue respaldada por la comunidad científica de esa época por cuanto constituía una verdadera liberación de los pacientes quienes ya no eran ridiculizados en las calles ni servían de medio de entretenimiento para el resto de la población. La etimología de la palabra asilo (del verbo *αουλον*) apunta en este sentido. Personas como Emil Kraepelin apoyaron mucho este cambio y, de hecho, el sistema funcionó durante un periodo considerable. Sin embargo, después de algún tiempo (principalmente por motivos relacionados con la financiación inadecuada y la escasez de personal), el asilo para enfermos mentales comenzó a deteriorarse en su función, adoptando características negativas y adquiriendo su connotación actual. Esto inevitablemente llevó a su abandono gradual y a un esfuerzo para organizar la psiquiatría en torno a la mentalidad de la sociedad. Esta tendencia se reforzó por la comprensión de que la desintegración de la personalidad de los pacientes esquizofrénicos no era tanto la consecuencia de la enfermedad como, en un alto grado, una consecuencia de vivir en internamiento. También contribuyeron bastante las actitudes humanistas de la gente imperantes en esa época.

El establecimiento de asistencia psiquiátrica en la comunidad siguió un ritmo diferente en Europa y en otras partes, pero la tendencia al parecer ha sido general en todos los países. Es característico que incluso en los estatutos de la Asociación Psiquiátrica de Europa Oriental y los Balcanes, una asociación que engloba asociaciones psiquiátricas con servicios de salud mental tradicionales, el establecimiento de asistencia psiquiátrica en la comunidad ha adquirido gran importancia y prioridad, con el acuerdo de todas las asociaciones psiquiátricas que brindan recursos (www.paeeb.com).

En los últimos años se ha extremado el cuestionamiento de los principios, sobre todo en la asistencia psiquiátrica en

la comunidad. Los principales puntos que se critican son los siguientes:

- Cada vez se reconoce más que recibir el alta en un hospital psiquiátrico no es aplicable a todos los pacientes. Algunos tienen que alojarse en unidades especiales o en pequeños hospitales psiquiátricos y la atención a cada paciente tiene que individualizarse y determinarse en base a las características de cada enfermo.
- La idea no es cerrar el hospital y considerar esto como un gran logro. El cierre del hospital no debe ser un objetivo en sí. «Cualquier tonto puede cerrar un hospital psiquiátrico», señaló una autoridad sanitaria del Reino Unido en la década de 1980 (1). El cierre del hospital no debería obedecer a ideologías políticas, «no autoritarias» o a problemas económicos que satisfagan a los gerentes. Es el bienestar del paciente lo que cuenta y nada más. Si la calidad de vida de éste es mejor y si el grado de satisfacción es mayor en el hospital que en la comunidad, tenemos la obligación ética de permitir a nuestro paciente tomar una decisión informada y continuar el tratamiento en el ámbito de su elección. La comunidad psiquiátrica debe tener el valor de expresar una opinión basada en la evidencia sobre este asunto de suma importancia. Es verdad que bajo el término «hospital psiquiátrico» se ocultan algunas de las formas más deplorables del asilo para enfermos mentales, pero también es verdad que bajo el término «comunidad» a menudo están ocultas las prisiones o las calles.
- Antes de cerrar el hospital, es absolutamente necesario establecer los centros alternativos apropiados en la población para residencia, rehabilitación y, de ser posible, empleo. La vigilancia continua por una autoridad independiente y la disponibilidad (y el valor) para modificar, cambiar drásticamente o incluso revertir el plan de tratar a los pacientes fuera de los establecimientos sanitarios, de conformidad con las recomendaciones de las autoridades sanitarias, es una necesidad indispensable.
- Todo programa para tratar a los pacientes fuera de establecimientos sanitarios debería tener un componente diacrónico. No es prudente comenzar un programa de rehabilitación sin garantizar el flujo adecuado y continuo de recursos que ayude a los pacientes en la sociedad. La planificación cui-

dadosa y responsable debería preceder a toda decisión y es importante tener presente que, sin un apoyo constante y diacrónico, el reinternamiento, o incluso peor, la reclusión en la comunidad está esperando detrás de la puerta.

- Se deben tomar en cuenta los aspectos culturales. Lo que es bueno para los pacientes de los países occidentales no necesariamente lo es para otros. Deben tenerse presentes parámetros como el modo, el grado y el ritmo de la asistencia a los pacientes fuera de los establecimientos sanitarios de conformidad con el contexto cultural de cada enfermo.
- Además, se debe tomar en cuenta que la asistencia a los pacientes fuera de los establecimientos sanitarios es sólo un aspecto de la reforma psiquiátrica, que pertenece a la prevención terciaria. No obstante, la prevención psiquiátrica primaria tiene la misma o incluso mayor importancia (2, 3). Es lamentable que a esta etapa crucial de la prevención (pre-

vención por excelencia) no se le haya dado la prioridad que merece. La atención primaria, la asesoría genética, la prevención en la escuela, en la familia y en el trabajo, la asistencia prenatal y posnatal, las intervenciones preventivas en grupos vulnerables como las mujeres, personas ancianas e individuos pobres lamentablemente no se ha desarrollado en el grado conveniente.

Bibliografía

1. Burns T. Psychiatry. A very short introduction. Oxford: Oxford University Press, 2006.
2. Christodoulou GN, Kontaxakis VP. Topics in preventive psychiatry. Basel: Karger, 1994.
3. Christodoulou GN, Lecic-Tosevski D, Kontaxakis VP. Issues in preventive psychiatry. Basel: Karger, 1999.

Intervención precoz en la psicosis en los países en vías de desarrollo: evidencia y acción

En el reciente foro sobre la intervención precoz en los pacientes con psicosis en *World Psychiatry* (1), Ndeti resalta el estancamiento en implementar la intervención oportuna en la psicosis en África, donde más del 50% de la población tiene menos de 25 años de edad (2). Ndeti también señala que casi toda la investigación sobre la intervención precoz se lleva a cabo en los países desarrollados.

En nuestro análisis reciente sobre la duración de la psicosis no tratada (DPNT) en los países de ingresos bajos y medianos (PIBM), utilizamos estrategias de búsqueda exhaustiva, pero sólo pudimos localizar los datos de 18 de los más de 150 países LAMI y sólo tres de los más de 50 países africanos (3). La escasa prioridad que se le da a la salud mental en los PIBM (4-8) y la noción ampliamente aceptada pero controvertida de que la esquizofrenia conlleva un mejor pronóstico en los países en vías de desarrollo podría haber dificultado la creación de servicios para la atención a la psicosis.

Observamos que la media promedio de la DPNT en los estudios de los PIBM era 125,0 semanas en comparación con 63,4 semanas en los estudios de los países de altos ingresos ($p = 0,012$). Utilizando los datos sobre el producto interior bruto (PIB) demostramos que, en los estudios de los PIBM, la media de la DPNT descendía seis semanas por cada 1.000 dólares de paridad de poder de compra del PIB.

En un documento relacionado, analizamos los estudios de los PIBM que investigaron una relación entre la DPNT y por lo menos uno de los siguientes criterios de evaluación: síntomas psicóticos, función cognitiva, discapacidad social o mortalidad. La DPNT en los PIBM se relacionó significativamente con mayores evaluaciones de síntomas positivos y discapacidad social, un resultado similar al comunicado en los países de altos ingresos (9). Además, los estudios (10, 11) señalan una fuerte relación entre la DPNT y la mortalidad subsiguiente por enfermedades físicas. La hipótesis del «buen pronóstico» parece menos sostenible cuando se toma en cuenta la elevada prevalencia de casos de psicosis parcialmente y nunca tratados en los países en vías de desarrollo y la DPNT prolongada de los que reciben tratamiento.

Las consecuencias adversas de la DPNT prolongada y el aumento de la morbilidad y la mortalidad por infecciones y desnutrición en los pacientes con enfermedades mentales, confirma la necesidad de un enfoque rotundo de la intervención oportuna en los países en vías de desarrollo. Sin embargo, este enfoque debe tomar en cuenta las realidades sociales y económicas de los países en vías de desarrollo. Una de las intervenciones podría consistir en proporcionar tratamiento antipsicótico gratuito por lo menos en los primeros dos años, el «periodo crítico» en la evolución de la esquizofrenia, ya que el costo de los fármacos al parecer es el principal obstáculo para el acceso al tratamiento.

Esto podría realizarse bajo la supervisión de un familiar cercano, capacitado para supervisar y vigilar la medicación del paciente con el consentimiento de éste (12).

El desarrollo de servicios para la intervención temprana en la psicosis en los PIBM afronta formidables obstáculos. Sin embargo, las personas con enfermedades mentales graves en tales países se encuentran entre los individuos más marginados en el mundo. El volver accesible el tratamiento constituye una necesidad moral y es probable que el brindar un tratamiento precoz sea rentable.

Saeed Farooq¹, Matthew Large², Olav Nielssen²

¹Lady Reading Hospital, Peshawar, Pakistan

²St. Vincent's Hospital, Sydney, Australia

Bibliografía

1. McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry* 2008;7:148-56.
2. Ndeti DN. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and perspective. *World Psychiatry* 2008;7:164-5.
3. Large M, Farooq S, Nielssen O. Duration of untreated psychosis in low and middle income economies: the relationship between GDP and DUP. *Br J Psychiatry* 2008;193:272-8.
4. Gureje O, Chisholm D, Kola L et al. Cost-effectiveness of an essential mental health intervention package in Nigeria. *World Psychiatry* 2007;6:42-8.
5. Ovuga E, Boardman J, Wasserman D. Integrating mental health into primary care: local initiatives from Uganda. *World Psychiatry* 2007;6:60-1.
6. Alem A, Jacobsson L, Hanlon C. Community-based mental health care in Africa: mental health workers' views. *World Psychiatry* 2008; 7:54-7.
7. McDaïd 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;7:79-86.
8. Murthy RS, Kumar K. Challenges of building community mental health care in developing countries. *World Psychiatry* 2008;7: 101-2.
9. Farooq S, Large M, Nielssen O et al. The relationship between the duration of untreated psychosis and outcome in low and middle income countries. Submitted for publication.
10. Kurihara T, Kato M, Kashima H et al. Excess mortality of schizophrenia in the developing country of Bali. *Schizophr Res* 2006;83: 103-5.
11. Ran MS, Xiang MZ, Li SX et al. Prevalence and course of schizophrenia in a Chinese rural area. *Aust N Z J Psychiatry* 2003;37: 452-7.
12. Patel V, Farooq S, Thara R. What is the best approach to treating schizophrenia in developing countries? *PLoS Med* 2007;4:e159.

El ejercicio de la psiquiatría en la atención primaria privada en la India rural: una encuesta entre los médicos

Un estudio epidemiológico llevado a cabo en una población rural en Tamil Nadu, en el sur de la India, informó de que alrededor del 75% de las personas con trastornos mentales habían estado enfermas durante más de un año y que no habían recibido ningún tratamiento (1). La India cuenta con 162 escuelas de medicina a las que cada año se incorporan 17.000 estudiantes para iniciar sus estudios. Sin embargo, sólo hay unos 3.000 psiquiatras, los cuales trabajan principalmente en centros urbanos (2). Esto significa que una gran parte del trabajo de atender las enfermedades mentales es realizado por los médicos de atención primaria, sobre todo en la India rural.

Sin embargo, la atención primaria no está bien desarrollada en este país y la comunicación entre los psiquiatras privados y los de las instituciones oficiales no es muy satisfactoria. Una encuesta entre 86 médicos privados reveló que la educación de pregrado no está concebida para impartir una enseñanza suficiente en el ámbito de la psiquiatría (3). Se puede mejorar el pronóstico de los trastornos mentales mediante su detección oportuna en la atención primaria, sobre todo si esto va seguido de un tratamiento basado en la evidencia.

Investigamos el ejercicio psiquiátrico actual en los médicos de atención primaria privados en Satyamangalam, una ciudad rural con aldeas de granjeros y tejedores en el estado de Tamil Nadu, al sur de la India. La ciudad cuenta con 48 médicos, entre ellos médicos generales y especialistas, y no dispone de servicios de psiquiatría privados o públicos.

Enviamos a todos los médicos un cuestionario que constaba de 17 apartados, subdivididos en cuatro secciones: a) la experiencia de los médicos en los síntomas y trastornos psiquiátricos de adultos, niños, adolescentes y ancianos, en el tratamiento farmacológico de estos trastornos y en la aceptación de un diagnóstico de enfermedad mental por los pacientes; b) el conocimiento de los médicos sobre la disponibilidad de los servicios de salud mental y el empleo de tratamientos naturales de los pacientes; c) la preparación de los médicos en psiquiatría; d) información sobre las enfermedades mentales en revistas leídas por los médicos y recomendaciones para mejorar las destrezas y el conocimiento de los médicos en psiquiatría.

De los 40 médicos, 37 respondieron (92,5%). Ocho eran médicos generales y 29 eran especialistas en una disciplina diferente a la psiquiatría. Dieciocho (48,64%) habían ejercido entre 10 y 20 años.

Treinta y cuatro médicos (91,9%) comunicaron que habían atendido a pacientes con síntomas indicativos de enfermedad mental y habían diagnosticado la enfermedad mental. Entre los síntomas de trastornos mentales, el dolor corporal fue el comunicado con más frecuencia (41,8%), seguido de la depresión (25,5%). Los trastornos depresivos fueron los trastornos mentales comunicados con más frecuencia (52,2%), seguidos de los trastornos por ansiedad (20,4%).

El 50% de los médicos habían atendido a niños y adolescentes que presentaban problemas de la conducta y un 100%

habían atendido a pacientes ancianos que presentaban amnesia. Dieciocho de 34 (52,9%) habían utilizado tricíclicos como antidepresivos de primera opción y el haloperidol fue el único antipsicótico utilizado. Sólo 18 (48,6%) consideraron que los pacientes aceptaban un diagnóstico de enfermedad mental.

Los médicos confirmaron que no había un psiquiatra residente en su localidad. El recurso de salud mental en su mayor parte utilizado fue la remisión de los pacientes a un psiquiatra en la ciudad cercana (76,5%). Todos los médicos comunicaron que sus enfermos utilizaban algún tipo de tratamiento natural.

Ningún médico había cursado psiquiatría como una asignatura en su curso de pregrado. Veintiséis encuestados (70,2%) habían tenido una preparación en psiquiatría mientras trabajan con médicos en hospitales.

Veinte de 37 (54,1%) consideraron que las revistas de medicina que leían tenían suficiente información adecuada sobre las enfermedades mentales. Las recomendaciones para mejorar su ejercicio médico comprendieron la organización de formación médica continuada sobre temas de psiquiatría por la asociación médica local, un aumento del número de artículos sobre las enfermedades psiquiátricas en las revistas de medicina, la producción de ayudas audiovisuales y una mejora del programa de estudios de medicina de pregrado con énfasis en la psiquiatría como tema de examen. Se recomendó también la educación generalizada y llegar resueltamente a la población de pacientes para concienciar sobre las enfermedades mentales.

Este estudio confirma que el dolor es la principal manifestación de problemas psicológicos en la India rural, como se comunicó antes en la bibliografía (4). Aunque la depresión fue el diagnóstico más frecuente establecido por nuestra muestra de médicos de atención primaria, la exactitud y la oportunidad de tal diagnóstico están sujetas a la influencia de las condiciones del ejercicio de la atención primaria. En vista de la elevada prevalencia comunicada sobre el uso de drogas tanto en las personas sanas como en las que tienen enfermedades mentales en la población de la India (5), es sorprendente que ninguno de los médicos de nuestra muestra haya abordado las toxicomanías como un problema del ámbito de la psiquiatría. También es desconcertante que un 8% de los encuestados nunca comunicó haber identificado síntomas o trastornos psiquiátricos en sus pacientes. No hay duda de que en la India rural los médicos generales siguen utilizando medicamentos antiguos como arsenal terapéutico de primera opción.

Es evidente que se necesita una actualización del programa de estudios de pregrado y que la formación médica continuada sobre problemas psiquiátricos para los médicos generales representa una prioridad. Algunas experiencias previas parecen ser alentadoras en este sentido. Ya se demostró en la India la eficacia de un programa de preparación de médicos generales consistente en exponerlos durante un año a la orientación psicoterapéutica (6). Iniciativas similares han tenido un resultado positivo en otros países en vías de desarrollo, por ejemplo, en

Egipto (7). Asimismo, los proyectos para explorar las estrategias alternativas que faciliten la identificación y el tratamiento de los trastornos mentales en la atención primaria representan una prioridad en nuestro país.

Nuestro estudio está limitado por el hecho de que hubo restricciones en la zona geográfica incluida. Además, no investigamos los puntos de vista de los pacientes sobre el ejercicio de la psiquiatría. Hemos aludido en términos generales a las intervenciones terapéuticas, pero no estamos seguros sobre las aplicaciones específicas del tratamiento farmacológico. Asimismo, no sabemos si los pacientes remitidos a un psiquiatra cumplieron con la recomendación, aunque tenemos motivos para ser escépticos al respecto. Puesto que el Ayurveda sigue siendo un instrumento importante para los curanderos tradicionales, puede ser útil si se modificara para adaptarlo a las enfermedades mentales en un contexto hindú. Por último, pensamos que el entusiasmo de los médicos para atender resueltamente a los pacientes es importante y debe aprovecharse.

**Vellingiri R. Badrakalimuthu¹,
Vellankoil Rangasamy Sathyavathy²**

¹*Julian Hospital, Norwich, UK*

²*Giri Hospital, Tamil Nadu, India*

Bibliografía

1. Mehta P, Josep A, Verghese A. An epidemiologic study of psychiatric disorders in a rural area in Tamil Nadu. *Indian J Psychiatry* 1985; 27:153-8.
2. Das M, Gupta N, Dutta K. Psychiatric training in India. *Psychiatr Bull* 2002;26:70-2.
3. Gupta R, Narang RL. Training general practitioners in psychiatry. *Indian J Psychiatry* 1987;29:349-52.
4. Varma VK, Malhotra A, Chaturvedi SK et al. Sociodemographic study of patients with chronic pain. *Indian J Psychiatry* 1986;28: 119-25.
5. Dube KC, Handa SK. Drug use in health and mental illness in an Indian population. *Indian J Psychiatry* 1971;118:345-6.
6. Shamasundar C. Workshop on community mental health in India: an evaluation of research of first decade. *Indian J Psychiatry* 1987; 29:97-106.
7. Okasha A, Fahmy M, Haggag W et al. A psychiatric training programme for general practitioners in primary health care in Egypt. *Primary Care Psychiatry* 2002;8:9-16.

Mejora de la identidad organizativa: últimas actividades del Secretariado de la WPA

LEVENT KÜEY

WPA Secretary General

La WPA se haya en el proceso de mejorar su identidad organizativa. Las actividades del Secretario General y del Secretariado de la WPA se han reorganizado durante los últimos seis meses. En este breve artículo se resumen algunas de las principales actividades más recientes que tienen como propósito mejorar la identidad, la imagen y el trabajo de la WPA como la organización paraguas internacional de sus Asociaciones Integrantes y de los psiquiatras en todo el mundo.

CANALES DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN DE LA WPA

Los canales de los medios de comunicación de la WPA están jugando un papel importante en este proceso de revitalización. Últimamente, estos canales han mejorado esta perspectiva para aumentar su eficiencia, tanto en los niveles interorganizativo como intraorganizativo. Los canales de comunicación de la WPA (*WPA News*, el boletín informativo trimestral oficial de la WPA; *WPA E-Bulletin*, el boletín electrónico mensual de la WPA; *WPA Online*, la página de Internet de la WPA que se edita cada semana) tienen como propósito reflejar de una manera armonizada la voz de las Asociaciones Integrantes de la WPA, las Secciones de la WPA y las Asociaciones Afiliadas por una parte, y el Comité Ejecutivo, la Junta, el Consejo y los Comités Permanentes y Operativos de la WPA, por la otra. Lo que es muy importante, estos tres canales de comunicación están armonizados hoy en día, en lo referente a su contenido y estética. El Secretario General, en su función de director de estos canales de comunicación, está facilitando este proceso con un gran apoyo de los miembros del Comité Ejecutivo y de nuestra administradora Anna Engström, nuestra administradora delegada Pamela Atiase y la co-webmaster Kathleen Sauer.

WPA NEWS

La WPA News no sólo es un simple canal para la transmisión de información, sino también refleja y motiva las mejoras en la asociación. Su contenido está completamente modificado para brindar un mayor espacio a la voz de todos los componentes de la WPA de una manera equilibrada. El número de diciembre de 2008 consta de 20 páginas y fue impreso en una tirada de 700 ejemplares, en tanto que el número de marzo de 2009 constó de 32 páginas y su tirada fue de 2.500 ejemplares. La versión electrónica también se distribuye a los presidentes de las asociaciones integrantes y a nuestros miembros a sus direcciones de correo electrónico personal. La versión impresa se produce utilizando papel reciclado, tomando en cuenta las preocupaciones por el ambiente.

WPA ONLINE

La *WPA Online* se ha mejorado y renovado. Las actualizaciones detalladas, que comprenden un procedimiento de «añadir/eliminar/dejar» se hallan en un proceso semanal y se agradece encarecidamente la colaboración de todos los componentes de la WPA. La infraestructura de la web se está preparando para un proyecto denominado WPA CME Online, que se está desarrollando en colaboración con el Secretario de Educación. Se cargarán videos y series de diapositivas de conferencias y presentaciones científicas importantes del Congreso de la WPA. Este proyecto ha comenzado en 2009 con el Congreso de la WPA en Florencia.

WPA E-BULLETIN

El *WPA E-Bulletin* mensual informa de lo más destacado de los avances en la psiquiatría mundial y en la WPA directamente a los psiquiatras de todo el mundo a sus direcciones electrónicas personales. El boletín se ha editado junto con los demás canales de los medios de comunicación de la WPA. Se ha reorganizado

su distribución. Se agradece encarecidamente a las Asociaciones Integrantes y a los Representantes Zonales por su cooperación para mejorar su difusión, de manera que el boletín pueda llegar a un mayor número de miembros individuales, que trabajan sobre todo en los países desfavorecidos del mundo.

JUNTA DE LA WPA (REPRESENTANTES ZONALES) Y CONSEJO DE LA WPA

El Secretario General de la WPA y el Secretariado de la WPA han colaborado estrechamente con la Junta de la WPA y el Consejo de la WPA para brindar el apoyo que sea necesario. Se han preparado todos los planes de acción de los Representantes Zonales y se han identificado tres prioridades en cada uno de ellos. El trabajo altamente apreciado de los Representantes se intensificará en las reuniones anuales de la Junta de la WPA, la primera de las cuales tuvo lugar el 31 de marzo de 2009 en Florencia. La nueva estructura de las reuniones de la Junta y el Consejo de la WPA está otorgando a estos componentes una mayor iniciativa para sus participaciones.

ASOCIACIONES INTEGRANTES DE LA WPA

Está mejorando la correspondencia del Secretariado de la WPA con las Asociaciones Integrantes de la WPA. Además de actualizar su información de contacto, también se les motivó para que remitieran noticias a los canales de comunicación de la WPA con regularidad, a lo que han sido muy receptivos y cooperadores.

ACTIVIDADES SISTEMÁTICAS DEL SECRETARIADO

Actas de la Asamblea General de la WPA en Praga 2008

El Secretario General, el 28 de enero de 2009, preparó el borrador de las ac-

tas de la Asamblea General de la WPA que tuvo lugar en Praga el 22 de septiembre de 2008, tomando en cuenta las notas del Secretario General y el Secretariado de la WPA previos, y el Secretariado de la WPA la remitió el 30 de enero de 2009. Las Asociaciones Integrantes de la WPA contaron con dos meses para enviar sus comentarios al Secretariado, de acuerdo con los estatutos y reglamentos internos de la WPA. Ningún comentario recibido de las Asociaciones Afiliadas se consideró pertinente para incluirse en la versión final de las actas. Se han firmado las actas y se han remitido a los presidentes de las Asociaciones Integrantes y expuesto en la web de la WPA, por lo que se ha cumplido plenamente con los procedimientos legales sobre la finalización de las actas de la Asamblea General de WPA en Praga en 2008, de acuerdo con los estatutos y los reglamentos internos de la WPA.

REUNIONES DE LOS COMPONENTES DE LA WPA

Se ha llevado a cabo la coordinación de las reuniones del Comité Ejecutivo, la Junta, el Consejo y el Comité Permanente y Operativo de la WPA, así como la preparación de las carpetas y minutas relacionadas. El Secretariado ha estado apoyando activamente la organización de todas estas reuniones.

Base de datos y directorio de la WPA

La actualización de la información de contacto de los componentes de la WPA, sobre todo la Junta, las Asociaciones Integrantes, las Asociaciones Afiliadas, las Secciones Científicas y los miembros del Comité Permanente y Operativo están en proceso como una actividad constante. Por consiguiente, se tiene planeado imprimir a mediados de este trienio las versiones actualizadas del Folleto Informativo de la WPA y el Directorio de la WPA.

Archivos de la WPA

Durante una visita reciente del Secretario General al Secretariado en Ginebra, se observó que los archivos de la WPA necesitan seriamente una clasificación y reorganización detallada. Con respecto

a esto, se están haciendo los planes que comprenden la posibilidad de contratar a un archivero profesional.

Agenda y planificación

Se está preparando en colaboración estrecha con el personal del Secretariado y consultas con los miembros del Comité Ejecutivo de la WPA un plan general de trabajo, las descripciones de las funciones de trabajo y la agenda de las actividades para el Secretariado de la WPA para este trienio.

Stand de la WPA en los Congresos de la WPA

Todas las Asociaciones Integrantes de la WPA y las Asociaciones Afiliadas que están organizando actividades científicas fueron invitadas a colocar sus anuncios en el stand de la WPA y difundirlos durante el congreso de la WPA en Florencia en 2009. En el futuro se pondrá en práctica esta actividad en los eventos científicos importantes de la WPA.

2010: 60 AÑOS DE LA WPA

El Secretario General de la WPA, en colaboración con el Comité Ejecutivo de la WPA, está organizando planes para celebrar el sexagésimo aniversario de la WPA en 2010. Entre algunas de las actividades que se están preparando están una exhibición de arte organizada por la Sección sobre Psiquiatría y Arte en colaboración con el Hospital Universitario de Ginebra, un certamen internacional de fotografías sobre «mejora de la salud mental para un mundo mejor», la impresión de algún material promocional para la WPA, como señaladores de lectura, y la Agenda anual de la WPA.

Es nuestra opinión compartida que se podría mejorar más el trabajo del Secretario General de la WPA y del Secretariado de la WPA con las sugerencias y colaboraciones de todos los componentes de la WPA. Es posible una WPA más eficiente, que procure alcanzar una gran calidad científica y normas éticas de excelencia en psiquiatría para el beneficio de las personas con trastornos mentales, así como una solidaridad profesional sólida en todo el mundo.

Publicaciones de la WPA de próxima aparición

HELEN HERRMAN

WPA Secretary for Publications

El programa de publicaciones de la WPA tiene como propósito promover los objetivos de la asociación y específicamente: a) difundir la información sobre los avances clínicos, de servicios y de investigación en el campo de la psiquiatría al máximo número posible de psiquiatras y profesionales sanitarios en todo el mundo; b) promover y dar a conocer la investigación de calidad realizada en los países de ingresos bajos y medianos; y c) mejorar la capacidad de publicación de la WPA (1,2).

Estos objetivos se pretenden alcanzar a través de la publicación de *World Psychiatry* como la revista oficial de la Asociación, la continuación de colecciones de libros de éxito, la publicación de libros sobre temas relevantes para el ejercicio ético y satisfactorio de la psiquiatría moderna y a dar a conocer las

asociaciones con grupos importantes para realizar esto, los esfuerzos para promover la disponibilidad en Internet y la difusión más amplia de los materiales publicados y el ofrecimiento de apoyo a las revistas de psiquiatría de los países de ingresos bajos y medianos. Este artículo describe los libros que se publicarán en el trienio 2009-2011.

La colección *Evidencia y Experiencia en Psiquiatría* fue iniciada como parte del esfuerzo de la WPA para llenar algunos vacíos en la psiquiatría y entre la psiquiatría y el resto de la medicina. Los principales temas de psiquiatría y salud mental son analizados claramente por psiquiatras y otros expertos de muchos países y corrientes de opinión. Cada volumen de la colección aborda un trastorno mental específico, por medio de una serie de análisis sistemáticos de la evidencia derivada de la investigación, cada uno seguido de comentarios por psiquiatras de diversos países y que represen-

tan diferentes corrientes de opinión. Los médicos necesitan una descripción accesible y clara de la evidencia contemporánea, según se resume claramente en los capítulos de análisis sistemáticos. Esto se complementa con la experiencia clínica expuesta a manera de comentarios. En conjunto, éstas proporcionan la base de la toma de decisiones clínicas bien informadas y de la investigación y del apoyo psiquiátrico activo. Se dispone de nueve volúmenes, varios en su segunda edición y algunos traducidos a diversos idiomas como ruso, español, portugués, italiano y turco.

En este trienio se publicarán dos títulos nuevos. La tercera edición del volumen sobre *Trastornos depresivos* (eds. Herman H, Maj M y Sartorius N) saldrá a la luz en septiembre de 2009. Se está editando un nuevo título sobre *Trastornos por toxicomanías* (eds. Ghodse H, Herman H, Mak M y Sartorius N). Esto responde a la necesidad continua de difundir los descubrimientos de las investigaciones relevantes al ejercicio clínico en todo el mundo en el campo de las toxicomanías. El libro ayudará a los psiquiatras y a otros profesionales sanitarios a comprender la evidencia relacionada con las toxicomanías y a interpretar los debates en torno a este tema en todas las regiones del mundo. El volumen abordará el diagnóstico y el tratamiento de las toxicomanías en las tres áreas principales: drogas, alcohol y tabaco. Cada sección constará de dos capítulos, uno que aborda la epidemiología (la magnitud y las características del problema) y el otro que se centra en el tratamiento, la intervención, el control y la prevención. Cada sección irá seguida de cinco a 10 comentarios breves.

Nuestro plan es publicar durante el trienio tres libros sobre temas importan-

tes para la psiquiatría: trauma y salud mental, adicciones y salud mental y autolesión y suicidio. Se editará una nueva serie de actualizaciones de la WPA, que comienza con volúmenes sobre la esquizofrenia, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno bipolar. Asimismo, publicaremos tres libros sobre depresión y enfermedades cardiovasculares, depresión y cáncer y depresión y diabetes, dirigidos a los psiquiatras en ejercicio, los profesionales de la salud mental y los médicos de atención primaria.

Los libros que están contratados con Wiley-Blackwell son *Religión y Psiquiatría* (eds. Verhagen PJ, van Praag HM, López-Ibor JJ, Moussaoui D y Cox J) y *Filiación y Salud Mental: Un puente entre la Psiquiatría del Lactante y la del Adulto* (eds. Tyano S, Keren M, Herrman H y Cox J).

La colección *Antologías de Libros Psiquiátricos Internacionales* (director de la colección Moussaoui D) comprende libros reconocidos escritos por psiquiatras de un determinado país o un grupo de países y publicados en inglés por primera vez, acompañados de ensayos sobre sus autores. En reconocimiento de su valor para los psiquiatras de todas partes, Wiley-Blackwell en la actualidad está publicando en Internet versiones electrónicas de los primeros tres volúmenes de la serie, esto es, los volúmenes en francés, español e italiano. Las versiones electrónicas están disponibles en la página web de la WPA enlazada con la de Wiley-Blackwell Interscience. *La Antología Alemana de Libros Psiquiátricos* (ed., Sass H) fue publicada en abril de 2007 y se está preparando una publicación electrónica por este mismo medio.

En 2006 se estableció un proyecto para promover la difusión de la investigación a través del apoyo a las revistas psiquiá-

tricas de los países de ingresos bajos y medianos y se designó una comisión de la WPA para dirigirlo en 2008. Se publicó en *World Psychiatry* (3) un informe sobre la primera fase del trabajo, preliminar a la designación de la Comisión. La Comisión se reunió en el decimocuarto Congreso Mundial de Psiquiatría y se seleccionaron directores de las revistas después de un proceso desarrollado con la aprobación de la Junta de la WPA. Se ha publicado ahora un informe sobre esta reunión (4) y continúan los trabajos con una serie de actividades relacionadas, planificadas y propuestas para satisfacer los objetivos del proyecto.

Los libros de Wiley-Blackwell publicados para la WPA están disponibles en Internet (lo que comprende el enlace a través de la página web de la WPA). Los editores analizarán la traducción a otros idiomas (en la actualidad para la revista *World Psychiatry* y los volúmenes de la colección *Evidencia y Experiencia*) y los medios apropiados para difundir los libros y el contenido electrónico a los colegas de los países de ingresos bajos y medianos.

Bibliografía

1. Herrman H. Free and low-cost access to online WPA publications. *World Psychiatry* 2007;6:191-2.
2. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008;7:129-30.
3. Kieling C, Herrman H, Patel V et al. Indexation of psychiatric journals from low- and middle-income countries: a survey and a case study. *World Psychiatry* 2009;8:40-4.
4. De Jesus Mari J, Patel V, Kieling C et al. The 5/95 gap on the dissemination of mental health research: the World Psychiatric Association (WPA) task force report on project with editors of low and middle income (LAMI) countries. *Afr J Psychiatry* 2009;12:33-9.

