

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 10, Número 2



2012

EDITORIAL

El yo y la esquizofrenia: algunos problemas no resueltos 65
M. MAJ

PERSPECTIVAS

La Gestalt central de la esquizofrenia 67
J. PARNAS

La respuesta placebo: ciencia frente a ética y la vulnerabilidad del paciente 70
F. BENEDETTI

ARTÍCULOS ESPECIALES

La previsión de la gravedad de la discapacidad funcional cotidiana en personas con esquizofrenia: disfunciones cognitivas, capacidad funcional, síntomas y estado de salud 73
P.D. HARVEY, M. STRASSNIG

Clasificación de los trastornos de la alimentación y la conducta alimentaria: análisis de la evidencia científica y propuestas para la ICD-11 80
R. UHER, M. RUTTER

FORUM: SALUD MENTAL POSITIVA: MODELOS Y REPERCUSIONES CLÍNICAS

Salud mental positiva: ¿hay una definición intercultural? 93
G.E. VAILLANT

Comentarios

Salud mental positiva: un programa para investigación 100
A. CARR

La perspectiva de la teoría de la autodeterminación en torno a la salud mental positiva en las culturas 101
K.M. SHELDON

El rol clínico del bienestar psicológico 102
G.A. FAVA

Desarrollo de la personalidad saludable y bienestar 103
C.R. CLONINGER

¿Qué es la salud y qué es positivo? 104
La solución de la ICF
M. LINDEN

Bienestar positivo subjetivo 105
P. BECH

Problemas en las definiciones de salud mental positiva 106
H. KARLSSON

Salud mental positiva: una nota de precaución 107
D.J. STEIN

ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

Calidad de las experiencias alucinatorias: diferencias entre una muestra clínica y una no clínica 110
G. STANGHELLINI, Á.I. LANGER, A. AMBROSINI, A.J. CANGAS

Criterios de valoración y variables moderadoras de una intervención preventiva de la salud mental basada en la escuela para niños afectados por la guerra de Sri Lanka: un estudio randomizado en grupos 114
W.A. TOL, I.H. KOMPLOE, M.J.D. JORDANS, A. VALLIPURAM, H. SIPSMA Y COLS.

POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

Apoyo de compañeros entre las personas con enfermedades mentales graves: un análisis de evidencia y experiencia 123
L. DAVIDSON, C. BELLAMY, K. GUY, R. MILLER

Enseñanzas aprendidas en el desarrollo de la atención a la salud mental en la población de Oceanía y el Pacífico Sur 129
P. McGEORGE

CARTAS AL EDITOR 133

NOTICIAS DE LA WPA

La contribución de la WPA a la preparación del capítulo sobre trastornos mentales en la ICD-11 136

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 10, Número 2



2012

Traducción íntegra de la Edición Original

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

EDICIÓN ORIGINAL

Editor: M. Maj (Italy)

Associate Editor: P. Ruiz (USA)

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

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

EDICIÓN EN ESPAÑOL

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

Periodicidad: 3 números al año

ergon

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

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

Publicidad: Ergon Creación S. A.

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

© Copyright World Psychiatric Association

Publicado por Ergon Creación S.A.

Publicación que cumple los requisitos de soporte válido

ISSN: 1697-0683

Composición y compaginación: Ergon Creación S.A.

Reservados todos los derechos.

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

Traducido por Ergon Creación S.A., del original en lengua inglesa (Volumen 11, Número 2, 2012). La responsabilidad de la traducción recae sólo en Ergon Creación S.A., y no es responsabilidad de la World Psychiatric Association (WPA). Translated by Ergon Creación S.A., from the original English language version (Volumen 11, Número 2, 2012). Responsibility for the accuracy of the Spanish language rests solely with Ergon Creación S.A., and is not the responsibility of the World Psychiatric Association (WPA).

Traducido por: Dr. José Luis González Hernández

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

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

El yo y la esquizofrenia: algunos problemas no resueltos

MARIO MAJ

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

El concepto de la esquizofrenia, según se describe en el DSM-IV y en los criterios diagnósticos propuestos para el DSM-V, carece de un núcleo clínico distintivo y característico. Se enumeran diversos síntomas y signos, pero siguen sin aclararse lo que vincula e integra estos aspectos clínicos dispares. En otra parte nos planteábamos (1) si hay en realidad una Gestalt en el síndrome esquizofrénico, que el enfoque operacional no logra captar, o si la supuesta Gestalt según la tradición psiquiátrica fue simplemente una ilusión, que el enfoque operacional no revela.

El artículo de Josef Parnas que aparece en este número de la revista (2) explica con detalle el punto de vista de que el núcleo psicopatológico de la esquizofrenia, que confiere una Gestalt a este síndrome, es una alteración del sentido básico prerreflexivo del yo. Este «tono básico de autoidentidad», «que se integra en el cerebro por una fuente continuada de estímulos generados en el fuero interno», (3) normalmente contribuye a la experiencia subjetiva de agencia, coherencia, unidad, identidad temporal y delimitación (4) y se acompaña de un sentido prerreflexivo de inmersión en el mundo (2,5). Su «alteración de rasgo» genera las diversas manifestaciones clínicas de la esquizofrenia. La distinción actual entre los síntomas positivos, negativos y de desorganización puede parecer según este concepto superficial y engañosa; por ejemplo, los síntomas de primera jerarquía de Schneider, por lo general considerados como «positivos» (es decir, que conllevan la presentación de experiencias que normalmente no se presentan), pueden precisar reconceptuación para que reflejen «la falta de algo normalmente presente –el sentido de propiedad o de control intencional–» (5).

Este punto de vista, incrustado en la tradición fenomenológica (6,7), pero compatible con las descripciones clásicas (8-10) y algunas concepciones psicoanalíticas (p. ej., 11,12) de la esquizofrenia, surge en la definición del trastorno según la ICD-10 («la alteración afecta a las funciones más básicas que confieren a la persona normal una sensación de individualidad, singularidad y autodirección»), así como en los textos del DSM-III y el DSM-III-R (el sentido del yo que confiere a la persona normal una sensación de individualidad, singularidad y autodirección a menudo se altera en la esquizofrenia), en tanto que no hay indicios del mismo en el DSM-IV o en la propuesta para el DSM-V.

El modelo, aunque atractivo, plantea diversos problemas conceptuales que podrían ser el centro de atención de una reflexión e investigación adicional. Estos aspectos están relacionados principalmente con las múltiples nociones del yo –hasta 21 según Strawson (13)– que se utilizan en la bibliografía.

En primer lugar, parece surgir una antinomia (p. ej., 14) entre el trastorno del yo como «rasgo» descrito por Parnas que se desarrolla mucho antes del inicio de la psicosis (2,4) y el senti-

do alterado del yo expresado en algunos enfoques psicosociales (p. ej., 15,16), que «es resultado de» la enfermedad, con la cual la persona lucha activamente y de la cual cabe la posibilidad que se restablezca (17). Resulta obvio que el nivel reflexivo de la autoexperiencia descrito por Parnas es más básico que el nivel del «yo como una construcción narrativa» (18) referida en la bibliografía psicosocial antes señalada. Sin embargo, es un hecho que el enfoque de Parnas se centre principalmente en lo que ocurre *antes* del inicio de la esquizofrenia, en tanto que los enfoques psicosociales resaltan la importancia de lo que ocurre *después*. Se necesitan estudios de seguimiento para explorar la evolución del trastorno de la experiencia del yo que describe Parnas (en concreto, para verificar su persistencia cuando remite la psicosis).

En segundo lugar, es cuestionable que el concepto del yo aceptado por la tradición fenomenológica –«autónomo, libre y en control» (19)– pueda generalizarse fuera de los contextos de la cultura occidental. Se ha argüido que el desarrollo del yo individual inevitablemente está sujeto a la influencia de sistemas de significación cultural (el «yo colectivo») y que en otras sociedades el patrón del trastorno del yo en la esquizofrenia puede ser diferente al descrito en las culturas occidentales (19). En la actualidad se carece de estudios interculturales que se enfoquen en esta cuestión específica.

En tercer lugar, la psicología dialógica ha cuestionado el concepto de un yo central estable (p. ej., 20), según el cual la experiencia del yo surge del diálogo de varias «facetas del yo» y la alteración de esa experiencia en la esquizofrenia puede deberse a las dificultades para mantener este diálogo en las situaciones interpersonales (21). De nuevo, es posible que aquí intervengan diferentes niveles de experiencia del yo, y que el «yo dialógico» sea más parecido al «yo narrativo» antes señalado –una «estructura abierta, que está bajo revisión constante» (18)– que el sentido básico de la autoidentidad descrito por Parnas. No obstante, la dinámica interpersonal postulada por el enfoque dialógico –en la que el contacto interpersonal íntimo desestructura adicionalmente un yo vulnerable (p. ej., 22)– también puede ser pertinente para el nivel de autoexperiencia citado por Parnas (p. ej., 23).

Además de estos aspectos conceptuales, el modelo de Parnas plantea algunos problemas prácticos, los cuales de nuevo podrían abordarse mediante investigaciones adicionales.

En primer lugar, aunque propone y trata de validar una Gestalt central de la esquizofrenia, debemos tener presente el riesgo de revivir un diagnóstico «atmosférico» del trastorno, posiblemente de manera muy fiable en manos de superexpertos, pero peligrosamente volátil en el ejercicio clínico ordinario.

Esta inquietud se vuelve incluso más profunda si el enfoque se va a adoptar en el campo tan sensible del diagnóstico

temprano de la psicosis. Se han creado instrumentos para una valoración sistemática de los trastornos de la autoexperiencia, los cuales han mostrado una fiabilidad satisfactoria entre evaluadores en el contexto de la investigación (p. ej., 24,25). Sin embargo, la factibilidad y la fiabilidad de estas valoraciones cuando se transfieren a condiciones clínicas ordinarias aún no se ha explorado (ni la forma en que la competencia psicopatológica del profesional clínico puede actualizarse a fin de ser congruente con este reto).

En segundo lugar, la especificidad del trastorno del yo descrito para el diagnóstico de la esquizofrenia precisa un apoyo empírico. Se ha comunicado ampliamente que los síntomas de la primera jerarquía de Schneider, que son los síntomas característicos que surgen del trastorno de la experiencia del yo, ocurren también en otros trastornos ajenos a la gama esquizofrénica (p. ej., 26). De hecho, uno de los cambios propuestos en los criterios diagnósticos de esquizofrenia para el DSM-V es la reducción del énfasis en estos síntomas, ya que «no se ha identificado ninguna especificidad diagnóstica peculiar de estos síntomas característicos en comparación con otros» (www.dsm5.org). Parnas et al (27) pudieron documentar en el contexto de la investigación que las anomalías de la conciencia del yo distinguían significativamente entre los pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar psicótico, pero este hallazgo precisa reproducirse y es necesario poner a prueba la posibilidad de que se pueda generalizar a los contextos clínicos ordinarios.

El tercer problema, y el más importante, es el relativo a las intervenciones terapéuticas. ¿Es el trastorno del yo central postulado susceptible a alguno de los tratamientos disponibles en la actualidad? ¿Son las alteraciones básicas de la experiencia del yo (por contraposición a los delirios estructurados) la verdadera diana del tratamiento antipsicótico o estamos hablando de un déficit inespecífico básicamente no modificable (14)? ¿Pueden las técnicas cognitivo-conductuales actualizarse a la luz del modelo del trastorno del yo, o su grado de acción no es lo suficientemente «profundo» para lograr una repercusión en el núcleo psicopatológico postulado? ¿Debieran otros métodos psicoterapéuticos, incluidos los psicodinámicos (p. ej., 12,28) desarrollarse o reavivarse? ¿Está el trastorno de la experiencia del yo relacionado con disfunciones neurocognitivas y tiene alguna utilidad la psicoterapia cognitiva? Todo esto debe explorarse al nivel de investigación. Por lo demás, puede haber el riesgo de fomentar un nuevo pesimismo terapéutico, justamente en un momento en que se está recomendando para los servicios de salud mental una orientación hacia el restablecimiento.

Creo que la repercusión del enfoque interesante de Parnas dependerá de manera decisiva del grado en el cual se aborden de manera convincente los problemas ante señalados

Bibliografía

- Maj M. Critique of the DSM-IV operational diagnostic criteria for schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998;172:458-60.
- Parnas J. The core Gestalt of schizophrenia. *World Psychiatry* 2012;11:67-9.
- Kircher T, David AS. Self-consciousness: an integrative approach from philosophy, psychopathology and the neurosciences. In: Kircher T, David AS (eds). *The self in neuroscience and psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003:445-73.
- Parnas J. Self and schizophrenia: a phenomenological perspective. In: Kircher T, David AS (eds). *The self in neuroscience and psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003:217-41.
- Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull* 2003;29:427-44.
- Minkowski E. *La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*. Paris: Payot, 1927.
- Blankenburg W. *Der Verlust der Natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien*. Stuttgart: Enke, 1971.
- Kraepelin E. *Psychiatrie*, 4th ed. Leipzig: Barth, 1896.
- Bleuler E. Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: Aschaffenburg G (ed). *Handbuch der Psychiatrie. Spezieller Teil, 4. Abteilung, 1. Hälfte*. Leipzig: Deuticke, 1911.
- Berze J. Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität: Ihr Wesen, ihre Erscheinungen und ihre Bedeutung als Grundstörungen der Dementia Praecox und der hypophrenen überhaupt. Leipzig: Deuticke, 1914.
- Hartmann H. Contributions to the metapsychology of schizophrenia. In: *The psychoanalytic study of the child*, vol. 8. New York: International Universities Press, 1953:177-98.
- Kohut H. *The restoration of the self*. New York: International Universities Press, 1977.
- Strawson G. The self and the SESMET. In: Gallagher S, Shear J (eds). *Models of the self*. Thoverton: Imprint Academic, 1999:483-518.
- Lysaker PH, Lysaker JT. Schizophrenia and alterations in self-experience: a comparison of 6 perspectives. *Schizophr Bull* 2010;36:331-40.
- Davidson L. *Living outside mental illness: qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York: New York University Press, 2003.
- Estroff SE. Self, identity and subjective experiences of schizophrenia: in search of the subject. *Schizophr Bull* 1989;15:189-96.
- Strauss JS. Subjective experiences of schizophrenia: toward a new dynamic psychiatry – II. *Schizophr Bull* 1989;15:179-87.
- Zahavi D. Phenomenology of self. In: Kircher T, David AS (eds). *The self in neuroscience and psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003:56-75.
- Fabrega H, Jr. The self and schizophrenia: a cultural perspective. *Schizophr Bull* 1989;15:277-90.
- Hermans HJM, Dimaggio G. *The dialogical self in psychotherapy*. London: Brunner Routledge, 2004.
- Lysaker PH, Lysaker JT. Narrative structure in psychosis: schizophrenia and disruptions in the dialogical self. *Theory Psychol* 2002;12:207-20.
- Lysaker PH, Lysaker JT, Davis LW et al. Enactment in schizophrenia: capacity for dialogue and the experience of the inability to commit to action. *Psychiatry* 2006;69:81-93.
- Stanghellini G. *Disembodied spirits and deanimated bodies*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
- Scharfetter C. The self-experience of schizophrenics. Empirical studies of the ego/self in schizophrenia, borderline disorders and depression, 2nd ed. Zürich: University of Zürich, 1996.
- Parnas J, Raballo A, Handest P et al. Self-experience in the early phases of schizophrenia: 5-year follow-up of the Copenhagen Prodromal Study. *World Psychiatry* 2011;10:200-4.
- Peralta V, Cuesta MJ. Diagnostic significance of Schneider's first-rank symptoms in schizophrenia. Comparative study between schizophrenic and non-schizophrenic psychotic disorders. *Br J Psychiatry* 1999;174:243-8.
- Parnas J, Handest P, Saebye D et al. Anomalies of subjective experience in schizophrenia and psychotic bipolar illness. *Acta Psychiatr Scand* 2003;108:126-33.
- Bion WR. *Second thoughts*. New York: Jason Aronson, 1967.

La Gestalt central de la esquizofrenia

JOSEF PARNAS

Psychiatric Center Hvidovre and Center for Subjectivity Research, University of Copenhagen, Njalsgade 142, 2300 Copenhagen S, Denmark

El debate reciente en *World Psychiatry* sobre los prototipos frente a los criterios operacionales (1) invita a una revaloración prototípica de la presentación clínico–fenomenológica de la esquizofrenia, sobre todo en vista de los avances recientes en la psicopatología fenomenológica (2).

Aunque se ha estudiado intensivamente la esquizofrenia durante más de un siglo y ha habido una acumulación desconcertante de datos empíricos, todavía tenemos una comprensión muy parcial de sus límites diagnósticos (3) y mecanismos patogénicos (4,5). Esta resistencia epistémica motiva diversas respuestas; por ejemplo, el atajo a los problemas relativos al fenotipo mediante el estudio de variables sustitutivas más fácilmente captables, las tentativas de convertir la esquizofrenia en una enfermedad neurocognitiva similar a la demencia; las propuestas para simplificar más la diversidad psicopatológica (p. ej., la noción de una «psicosis unitaria»); o la eliminación completa de la noción de esquizofrenia.

Sin embargo, parece improbable que una evasión estratégica de un fenotipo problemático y el silenciamiento de los problemas epistemológicos relacionados con este reto de alguna manera lleven a un esclarecimiento científico final. Una respuesta adicional y oportuna es revalorar la naturaleza clínica de la esquizofrenia, resaltando su peculiaridad y las dificultades teóricas de las representaciones nosológicas actuales. Tal vez las dificultades epistémicas estén relacionadas con la desaparición de la peculiaridad fenomenológica de la esquizofrenia en sus permutaciones operacionales cosificantes.

LIMITACIONES EPISTÉMICAS

Los problemas epistemológicos en juego están relacionados con el llamado «problema de descripción» en psiquiatría, que es una versión específica del problema mente–cuerpo. Es una cuestión de cómo abordar los fenómenos de la conciencia: por ejemplo, cuáles distinciones son pertinentes y adecuadas aquí, cuál es la naturaleza del «objeto mental» (síntoma y signo), qué es específico de las perspectivas en primera, segunda y tercera persona y qué clase de metodología es necesaria para abordar estos dominios fenomenales (6).

Desde el advenimiento del conductismo y el operacionalismo, el tema de la conciencia desapareció del discurso académico sólo para volver a descubrir en los últimos 20 años en la filosofía de las neurociencias de la mente, las ciencias cognitivas y las neurociencias. La conciencia (subjectividad) está al frente del debate científico de hoy día constituyendo tal vez su dificultad más importante (7). Lamentablemente, estos avances en gran parte han eludido a la psiquiatría tradicional. Sin embargo, los conceptos de las enfermedades mentales en general, y de la esquizofrenia en particular, están fundamentados en las anomalías de la experiencia, las creencias y la expresión, es decir, anomalías de la conciencia.

Desde el punto de vista histórico, la noción de la esquizofrenia cristalizó en sí como un logro final de la descripción fenomenológica sucesiva (2). Estas descripciones pueden verse –en retrospectiva– como una búsqueda reiterativa de un patrón fenotípico característico, prototipo o Gestalt. Esta investigación claramente se refleja en un pasaje famoso de un psiquiatra holandés, Rümke, que afirma que algunas alucinaciones y delirios son diagnósticos de esquizofrenia, pero sólo si muestran un determinado rasgo esquizofrénico característico; una afirmación tautológica que el propio Rümke calificó como un «disparate científico» y sin embargo un disparate que «es conocido por todo profesional clínico con experiencia» (8).

La noción de la Gestalt designa una *unidad sobresaliente u organización intrínseca* de diversas características fenomenales, basadas en las interacciones recíprocas de la parte y el todo. En este modelo, los síntomas y los signos psiquiátricos no pueden considerarse como características atómicas mutuamente independientes que se vuelven individuales (es decir, identificadas como este o *aquel* síntoma específico) «en sí mismas», independientemente de su contexto experiencial. Una sonrisa como tal no puede *predefinirse* como inadecuada o tonta. La tontería de una sonrisa sólo surge en el *flujo* de la expresividad y la comunicación. En contraste con la medicina somática, en la que los síntomas y los signos poseen una función de referencia clara o «extensionalidad» (p. ej., tos crónica → sospecha de una enfermedad pulmonar), los fenómenos psiquiátricos se individualizan a través de su significado o «intencionalidad» (p. ej., «evitar a otro» modifica su significado cuando se origina, respectivamente, en una actitud paranoide, una sensación melancólica de autorreferencia o un temor por el acceso externo al propio pensamiento).

La identificación diagnóstica de la esquizofrenia en la psiquiatría preoperacional no se basó en una suma representativa, momentánea o, metafóricamente hablando «bidimensional» de síntomas y signos mutuamente independientes («recuento de síntomas»), sino que se vinculó a un reconocimiento de la Gestalt, que por necesidad confiere al diagnóstico una dimensión de «profundidad», es decir, interrelaciones contextuales entre características individuales, sus *cualidades*, sus *aspectos de desarrollo y temporales*.

En segundo lugar, las manifestaciones clínicas independientes corresponden a la noción de la esquizofrenia: a) un aspecto *de desarrollo*, es decir, que la esquizofrenia típicamente no se origina en forma brusca, de la nada, sin que casi siempre va precedida de una trayectoria prepatológica, b) la esquizofrenia corresponde a una *gama de trastornos*, con características de intensidad variable y cualitativas, que no obstante comparten puntos comunes de rasgo–fenotípicos importantes. Los dos aspectos no son hechos clínicos *adicionales* contingentes sino que son constitutivos de la noción de que la esquizofrenia conlleva una dimensión de rasgo esencial.

SÍNTOMAS «FUNDAMENTALES»

La explicación detallada y el surgimiento del concepto de la esquizofrenia se fundamentaron en el reconocimiento de su peculiaridad fenomenológica y tipicidad, una “esencialidad” o *Gestalt* central fenomenológica. Las propiedades centrales no son fenómenos de estado temporalmente fluctuante (síntomas psicóticos), sino manifestaciones de riesgo que reflejan su *estructura fenomenológica*. Para expresarlo de manera diferente, la validez del concepto de la gama de la esquizofrenia se vinculó a las manifestaciones clínicas de este centro.

Hubo muchas tentativas por captar y describir esta *Gestalt* central mediante una enumeración en lista de síntomas y signos. Bleuler y otros distinguieron entre los *síntomas fundamentales*, característicos del centro y especificación de la *gama de la esquizofrenia* (esquizoidia, esquizofrenia latente, trastornos esquizotípicos) y fenómenos de estados accesorios, indexando un episodio psicótico (alucinaciones, delirios, características catatónicas extravagantes). Los primeros se describieron típicamente al nivel de la expresión y la conducta, es decir, principalmente como «signos»: retirada, inaccesibilidad, afectividad inadecuada o extraña, cambios de expresión de emociones y afectos, trastorno de pensamiento formal, ambivalencia, cambios en la estructura de la persona, trastornos de la voluntad, acción y conducta (2).

Muchas de estas características se imbrican en una inspección más cercana. Lo que es más importante, su carácter de signo predominantemente expresivo («objetivo») suele asociarse a anomalías de la experiencia (síntomas). Por consiguiente, en vez de funcionar como signos autosubsistentes, mutuamente independientes, las «características fundamentales» individuales son *aspectos de totalidades más amplias* constituidas en forma conjunta por anomalías de la experiencia y la expresión y con una importancia diagnóstica que se manifiesta contextualmente y de una manera más elocuente en el espacio interpersonal y comunicativo-simbólico. Presenciamos aquí una reciprocidad de parte-totalidad de una *Gestalt*: las características individuales infunden a la *Gestalt* su enraizamiento clínico concreto, en tanto que la totalidad de la *Gestalt* confiere a sus características individuales su importancia diagnóstica.

TRASTORNO GENERATIVO: ALTERACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LA SUBJETIVIDAD

Hubo muchas designaciones, a menudo metafóricas, para la estructura subyacente o *Gestalt*, por ejemplo, «desunidad de la conciencia», «discordancia», «ataxia intrapsíquica», «autismo», «pérdida del contacto vital con la realidad», «crisis global del sentido común», «disimetría cognitiva», etcétera. Un referente común de estas designaciones no es una disfunción psicológica modular o un contenido mental patológico delimitado y fugaz, sino más bien una *alteración de rasgo de la estructura intrínseca de la conciencia* (subjetividad, mentalidad). Se describió en la ICD-8 como «la alteración fundamental de la personalidad [es decir, del yo], [que] afecta a sus funciones más básicas, las que confieren a la persona normal su *sentimiento de individualidad, singularidad y autodirección* (mis adiciones aparecen entre corchetes).

La noción fenomenológica experiencial del yo significa que vivimos nuestra vida (consciente) en la perspectiva de la primera persona, como una entidad autopresente, individual, temporalmente persistente, personificada y circunscrita, que es el sujeto de sus experiencias. Un sentido estable de esta yoidad e identidad básica siempre va de la mano con una inmersión automática no reflejada en el mundo compartido (social). El mundo es considerado como un hecho, es decir, siempre captado implícitamente como un fondo real, tácito, autoevidente de toda experienciación y toda significación (9).

Estudios empíricos recientes confirman las observaciones más clásicas de que esta estructura del propio mundo básica y fundamental de la subjetividad es inestable o falla en la esquizofrenia, constituyendo su vulnerabilidad central (2,10). Esto suele dar por resultado experiencias alarmantes y alienantes, que de manera característica ya ocurren en la infancia o en las primeras etapas de la adolescencia. Esta alteración estructural denota la extensión nosológica de los trastornos de la gama de la esquizofrenia: ocurre en la esquizofrenia, la esquizotipia (11-15) y en la vulnerabilidad previa al inicio (16,17).

Los pacientes se sienten efímeros, carecen de una identidad central, profundamente (a menudo de manera inefable) diferentes a otros y alienados del mundo social. Hay un menor sentido de existencia como un sujeto personificado, autopresente y presente ante el mundo, distorsiones de la perspectiva en primera persona con anonimización o sentido deficiente de lo «mío» en el campo de la conciencia («mis pensamientos son extraños y no me respetan»), espacialización del contenido experiencial (p. ej., los pensamientos son experimentados como objetos extendidos ubicados espacialmente) y un sentido deficiente de privacidad del mundo interno. Hay una carencia importante de armonización e inmersión en el mundo y una perplejidad omnipresente, es decir, captación prerreflexiva inadecuada del significado autoevidente («¿por qué el pasto es verde?») y una hiperreflexibilidad («yo sólo vivo en mi cabeza» «siempre me observo»). El aislamiento social y la tristeza son más solipsistas, originándose «en el fuero interno», en vez de funcionar únicamente como una defensa psicológica o una consecuencia privativa simple de la enfermedad. El trastorno básico a menudo se traduce en alteraciones y patrones existenciales extraños, es decir, megalomanía solipsista, actitudes y acciones aberrantes, «registro doble», conductas manieristas o búsqueda de nuevos significados existenciales o metafísicos (p. ej., la adhesión a grupos políticos o religiosos sectarios).

Lo que es diagnósticamente significativo al nivel de la *Gestalt* central es el sentido de confrontación de un estado caracterizado por una *subjetividad* fundamentalmente cambiada que puede manifestarse en todos los dominios mentales: afecto, expresión, motivación, estado de ánimo, cognición, disposición y acción. La *Gestalt* central se refleja en la imagen polimorfa de la enfermedad en *la manera* en que los pacientes se experimentan a sí mismos, a otros y al mundo y no solamente en *lo que experimentan*. La *Gestalt* central posee un estado generativo, que vuelve al cuadro clínico menos enigmático, porque está dotado de determinada coherencia estática (sincrónica) y del desarrollo de sus elementos sintomáticos. Los delirios, los fenómenos de pasividad y las alucinaciones de las fases psicóticas a menudo aparecen como elaboraciones temáticas de las

manifestaciones más primordiales de la estructura alterada de la experiencia del propio mundo (18).

CONCLUSIONES

Una consecuencia no intencional de la reelaboración operacional de los sistemas diagnósticos fue una disminución de la competencia y academismo psicopatológico (19), acoplado a la cosificación de las categorías diagnósticas y la explosión concomitante del fenómeno de la comorbilidad. La esquizofrenia se reconfiguró en gran parte en una psicosis con delirios y alucinaciones crónicos, desprovista de manifestaciones afectivas. Los diagnósticos de trastorno esquizotípico y esquizofrenia desorganizada (más ampliamente esquizofrenia no paranoide) se han vuelto una rareza clínica, que brinda espacio a una variedad de otros diagnósticos alternativos (típicamente, derivados de una lista de cotejo), por ejemplo, trastorno límite de la personalidad, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, etcétera (20).

No hay otra manera de avanzar que el revivir y priorizar la enseñanza de la psicopatología, lo que comprende valoraciones consensuadas de la psicopatología, acompañadas de estudios y debates teóricos e interdisciplinarios. En la actualidad se necesita urgentemente un reavivamiento de la investigación de las características de rasgo de la esquizofrenia para lograr un avance importante en la investigación patogénica y terapéutica y para lograr mejoras en el ejercicio clínico, lo que comprende diagnóstico e intervención oportunos. Se necesita un refinamiento de la psicopatología para una correspondencia fructífera con las posibilidades científicas y tecnológicas que ofrecen las neurociencias básicas que están avanzando rápidamente.

Bibliografía

1. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry* 2012;11:16-21.
2. Parnas J. A disappearing heritage: the clinical core of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2011;37:1121-30.
3. Jansson LB, Parnas J. Competing definitions of schizophrenia: what can be learned from polydiagnostic studies? *Schizophr Bull* 2007;33:1178-200.
4. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, "just the facts" what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophr Res* 2008;102:1-18.
5. Kendler KS. The dappled nature of causes of psychiatric illness: replacing the organic-functional/hardware-software dichotomy with empirically based pluralism. *Mol Psychiatry* (in press).
6. Parnas J, Sass LA. Varieties of phenomenology: on description, understanding, and explanation in psychiatry. In: Kendler K, Parnas J (eds). *Philosophical issues in psychiatry: explanation, phenomenology, and nosology*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2008;239-77.
7. Chalmers DJ. *The character of consciousness*. Oxford: Oxford University Press, 2010.
8. Rümke HC. Der klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien. *Nervenarzt* 1958;29:40-53.
9. Parnas J, Sass LA. The structure of self-consciousness in schizophrenia. In: Gallagher S (ed). *The Oxford handbook of the self*. New York: Oxford University Press, 2011:521-46.
10. Raballo A, Parnas J. The silent side of the spectrum: schizotypy and the schizotaxic self. *Schizophr Bull* 2011;37:1017-26.
11. Parnas J, Handest P, Jansson L et al. Anomalous subjective experience among first-admitted schizophrenia spectrum patients: empirical investigation. *Psychopathology* 2005;38:259-67.
12. Parnas J, Raballo A, Handest P et al. Self-experience in the early phases of schizophrenia: 5-year follow-up of the Copenhagen Prodromal Study. *World Psychiatry* 2011;10:200-4.
13. Raballo A, Parnas J. Examination of anomalous self-experience: initial study of the structure of self-disorders in schizophrenia spectrum. *J Nerv Ment Dis* (in press).
14. Raballo A, Saebye D, Parnas J. Looking at the schizophrenia spectrum through the prism of self-disorders: an empirical study. *Schizophr Bull* 2009;37:344-51.
15. Haug E, Lien L, Raballo A et al. Selective aggregation of self-disorders in first-treatment DSM-IV schizophrenia spectrum disorders. *J Nerv Ment Dis* (in press).
16. Nelson B, Thompson A, Yung AR. Basic self-disturbance predicts psychosis onset in the ultra high risk for psychosis "prodromal" population. *Schizophr Bull* (in press).
17. Nelson B, Thompson A, Yung AR. Not all first episode psychosis is the same: preliminary evidence of greater basic self-disturbance in schizophrenia spectrum cases. *Early Intervention in Psychiatry* (in press).
18. Henriksen MG, Parnas J. Clinical manifestations of self-disorders and the Gestalt of schizophrenia. *Schizophr Bull* (in press).
19. Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophr Bull* 2007;33:108-12.
20. Parnas J. The DSM-IV and the founding prototype of schizophrenia: Are we regressing to a pre-Kraepelinian nosology? In: Kendler KS, Parnas J (eds). *Philosophy and psychiatry II*. Oxford: Oxford University Press, 2012:237-59.

La respuesta placebo: ciencia frente a ética y la vulnerabilidad del paciente

FABRIZIO BENEDETTI

Department of Neuroscience, University of Turin Medical School and National Institute of Neuroscience, Corso Raffaello 30, 10125 Turin, Italy

En los últimos años ha habido un fenomenal incremento de nuestros conocimientos en torno a los mecanismos de la respuesta placebo. A través del enfoque neurofarmacológico y de neuroimágenes los científicos han investigado la naturaleza de fenómeno placebo en diversos trastornos médicos, que van desde los padecimientos dolorosos y motores y desde las enfermedades del sistema inmunitario hasta la ansiedad y la depresión (1-3).

La respuesta placebo es un tema muy interesante, pues tiene que ver con fenómenos mentales complejos tales como expectativas, creencia, confianza y esperanza. El mero acto mental de confiar en un médico y de creer en un tratamiento puede desencadenar una cascada intrincada de fenómenos bioquímicos que, a su vez, puede modificar la percepción de un síntoma o incluso la evolución de una enfermedad. Huelga decir que uno de los factores más importantes que desencadena expectativas y creencias se representa en las sugerencias verbales, de manera que la neurobiología de la respuesta placebo de alguna manera puede reexpresarse como la neurobiología de la sugestión así como la neurobiología de la expectativa (1).

Lo que hemos aprendido en los últimos años es que las expectativas inducidas verbalmente pueden activar diferentes neurotransmisores (4-7). Por ejemplo, en el dolor, los opiáceos, los cannabinoides, la dopamina y la colecistocinina intervienen en diferentes circunstancias y pueden modular la percepción del dolor en diferentes direcciones. Las sugerencias verbales positivas conducen a expectativas positivas que, a su vez, activan sistemas de opioides o cannabinoides (respuesta placebo analgésica). A la inversa, las sugerencias verbales negativas conducen a expectativas negativas que activan a la colecistocinina y desactivan a la dopamina (respuesta nocebo hiperalgésica). Estos fenómenos bioquímicos posiblemente tienen lugar, por lo menos en parte, en una red moduladora de dolor en la que participan las regiones corticales y subcorticales, por ejemplo, la corteza prefrontal dorsolateral, la corteza del cíngulo anterior y la sustancia gris periacueductal, así como en el circuito de recompensas, sobre todo el núcleo accumbens (8).

Con base en estos conceptos recientes, resulta claro que la respuesta placebo representa un modelo excelente para comprender las interacciones mente-cuerpo, mediante el cual una actividad mental compleja puede modificar la fisiología del cuerpo. La psiquiatría y la psicología como disciplinas que investigan fenómenos mentales, son la esencia misma del problema, pues utilizan palabras y sugerencias verbales para influir en la evolución de una enfermedad. La psiquiatría, por ejemplo, tiene en sus manos al menos dos herramientas terapéuticas: palabras y fármacos. Resulta interesante que lo que ha surgido de la investigación reciente sobre el placebo es que las palabras y los fármacos pueden utilizar los mismos meca-

nismos que las propias vías bioquímicas (9). La morfina se une a receptores opioides, pero las sugerencias verbales de reducción del dolor pueden activar los mismos receptores. Así mismo, cannabis se une a los receptores cannabinoides, pero las sugerencias de disminución del dolor pueden actuar sobre los mismos receptores. Y también, los fármacos antiparkinsonianos se unen a los receptores de dopamina, pero las sugerencias verbales de la mejoría motriz activan los mismos receptores de dopamina en las mismas zonas del cerebro. Por tanto, el concepto crucial es que cuando se administra un fármaco, se puede activar la misma vía de receptores en dos diferentes formas: por el fármaco en sí y por la expectativa con respecto al fármaco.

Las sugerencias verbales no son el único medio para provocar expectativas. Todo el contexto terapéutico (profesionales sanitarios, instrumentos médicos, entorno del hospital) representa lo que llamamos el ritual del acto terapéutico. De hecho, los fármacos son menos eficaces sin los rituales terapéuticos. La administración oculta de fármacos, mediante el cual un agente farmacológico se administra sin que lo sepa el paciente, es menos eficaz que la administración abierta ante la plena vista del paciente (10-12). En la condición oculta, el enfermo no tiene expectativas de mejoría, de manera que el efecto global del fármaco se reduce. En otras palabras, las expectativas y creencias del paciente se añaden al efecto farmacodinámico de los fármacos.

Este nuevo conocimiento científico nos lleva a comprender mejor de qué manera funciona nuestro cerebro y cuál clase de estrategias utiliza durante las interacciones sociales. De hecho, este encuentro social especial es el que el médico (el sanador) desencadena una serie de mecanismos en el cerebro del paciente que *en sí* pueden ser terapéuticos. Los rituales terapéuticos son decisivos en este sentido. El simple hecho de llevar a cabo un tratamiento puede tener efectos biológicos y terapéuticos, una clase de mecanismo evolutivo que probablemente haya evolucionado a partir del acicalamiento social en los simios y la conducta altruista de los primeros homínidos (13). Un individuo que confía en un miembro de su propio grupo social, sea un chamán o un médico moderno, seguramente tiene una ventaja con respecto a los que carecen de esta disposición mental. Esta simple interacción social puede, en algunas circunstancias, ser tan potente como la acción de un agente farmacológico.

La mera existencia de estas características relacionadas con la confianza y la creencia de la humanidad plantea una serie de problemas y de cuestiones éticas para la profesión médica y, más en general, para nuestra sociedad. Aunque los aspectos éticos relativos a la respuesta placebo por mucho tiempo se han conocido y debatido (14,15), los conceptos más recientes sobre

la neurobiología de la respuesta placebo han respaldado adicionalmente algunas inquietudes éticas. De hecho, lo que está surgiendo en la actualidad desde un punto de vista científico estricto es que el mero ritual del acto terapéutico puede modificar el cerebro del paciente y por tanto quien sea que lleve a cabo un ritual terapéutico puede influir en la fisiología del cerebro del enfermo y obtener efectos positivos. Si una jeringa llena de agua destilada y manejada por un médico puede inducir a las expectativas de un beneficio, entonces las mismas expectativas pueden provocarse mediante talismanes, mascotas y rituales aberrantes llevados a cabo por curanderos y chamanes.

La relación estrecha entre las prácticas de curación excéntricas crecientes y los avances biológicos crecientes en investigación del placebo se pone de manifiesto en la tendencia creciente a referirse a los efectos de placebo como verdaderos fenómenos biológicos que deben desencadenarse e intensificarse con diversos procedimientos raros, extravagantes y aberrantes. Sobre todo en tiempos muy recientes, poco después de la demostración experimental de que los opioides endógenos y los cannabinoides pueden ser activados por placebos (1,5), en lo personal me llegó una avalancha de peticiones y propuestas de nuevos procedimientos aberrantes, brebajes, talismanes y mascotas que podrían intensificar las expectativas, las creencias, la confianza y la esperanza.

Al navegar en la Web, es posible percatarse de que muchas páginas Web han tomado los efectos biológicos de placebos como una especie de justificación para rituales terapéuticos aberrantes. Muchos curanderos sostienen que después de todo no hay diferencia entre una píldora de azúcar y un talismán si se va a engañar a un paciente y ver si tendrá una respuesta positiva. El engaño es la parte intrínseca de un procedimiento placebo y de hecho no hace ninguna diferencia si este engaño proviene de un médico, o de un curandero o de un chamán. Desde esta perspectiva, muchos arguyen, cualquier procedimiento que incremente las expectativas y las creencias estaría justificado, no importa de dónde provenga. Según este punto de vista inquietante, cualquier curandero podría tratar de explicar y aclarar el propósito de su ritual, es decir, la estimulación de las sustancias químicas en el cerebro del paciente que son beneficiosas en diversos estados. Este concepto es respaldado por la ciencia rigurosa reciente del placebo, la cual en sí brinda crédito a la intensificación de las expectativas con los efectos biológicos.

Para evitar esta perspectiva desconcertante y perturbadora, hay tres posibles soluciones. En primer lugar, podríamos suspender la investigación del placebo debido a sus posibles consecuencias. Cuando el neurocientífico estudia la neurobiología de la respuesta placebo, quiere desentrañar los mecanismos cerebrales de una debilidad humana y un rasgo vulnerable que representa en sí la propia esencia de las interacciones sociales humanas (13). En este sentido, la ciencia se arriesga a ser explotada de una manera incorrecta y, paradójicamente, los avances neurobiológicos pueden convertirse en una regresión de la medicina a las épocas pasadas, en que la excentricidad y la peculiaridad de los tratamientos eran la regla. En segundo lugar, podemos aceptar que las expectativas pueden mejorarse con cualquier medio disponible y por cualquiera a través de prácticas extravagantes y excéntricas, una perspectiva que seguramente sería muy peligrosa. En tercer lugar, si no queremos

adoptar estas posturas extremas, debemos desarrollar nuevas formas de comunicar los resultados de la investigación placebo. Esta no es una tarea fácil, pues los avances científicos inevitablemente van en contra de los problemas éticos a medida que aprendemos más y más sobre las características biológicas de un aspecto vulnerable de la humanidad.

Creo que la psiquiatría y la psicología son disciplinas que intervienen más en estas cuestiones éticas que otras, debido a que los problemas mentales como la depresión, la ansiedad y el dolor somatiforme son los trastornos en los cuales las personas muy a menudo recurren a prácticas aberrantes y a curanderos sin escrúpulos. Por tanto, la nueva neurobiología de la sugestión y el placebo afronta el problema ético de qué hacer. El estudio de la biología de las debilidades y los aspectos vulnerables de la humanidad, y sobre todo de los pacientes, puede revelar nuevos mecanismos sobre la forma en que funciona nuestro cerebro, pero puede tener una repercusión negativa profunda en nuestra sociedad también y precisa una buena comunicación entre ciencia, ética y medios de comunicación.

Considero que algunas de las cuestiones más importantes que habremos de resolver son: ¿Cuál es el límite ético para incrementar las expectativas? ¿Podemos aceptar cualquier medio disponible, sea una píldora de azúcar o un talismán? ¿Qué hay sobre un paciente que confía en los talismanes pero no en las píldoras ni en las inyecciones? ¿Es aceptable utilizar un talismán para activar estas sustancias químicas del cerebro? Estas cuestiones presagian un futuro problemático para la medicina.

Agradecimientos

Este trabajo fue respaldado por becas de Piemonte Region (Turín, Italia) y la Fundación Volkswagen (Hannover, Alemania).

Bibliografía

1. Benedetti F. Placebo effects: understanding the mechanisms in health and disease. Oxford: Oxford University Press, 2008.
2. Benedetti F, Carlino E, Pollo A. How placebos change the patient's brain. *Neuropsychopharmacol Rev* 2011;36:339-54.
3. Finniss DG, Kaptchuk TJ, Miller F et al. Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. *Lancet* 2010;375:686-95.
4. Eippert F, Bingel U, Schoell ED et al. Activation of the opioidergic descending pain control system underlies placebo analgesia. *Neuron* 2009;63:533-43.
5. Benedetti F, Amanzio M, Rosato R et al. Non-opioid placebo analgesia is mediated by CB1 cannabinoid receptors. *Nature Med* 2011;17:1228-30.
6. Benedetti F, Amanzio M, Thoen W. Disruption of opioid-induced placebo responses by activation of cholecystokinin type-2 receptors. *Psychopharmacology* 2011;213:791-7.
7. Scott DJ, Stohler CS, Egnatuk CM et al. Placebo and nocebo effects are defined by opposite opioid and dopaminergic responses. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:220-31.
8. Tracey I. Getting the pain you expect: mechanisms of placebo, nocebo and reappraisal effects in humans. *Nature Med* 2010;16:1277-83.
9. Benedetti F. Mechanisms of placebo and placebo-related effects across diseases and treatments. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 2008;48:33-60.

10. Colloca L, Lopiano L, Lanotte M et al. Overt versus covert treatment for pain, anxiety and Parkinson's disease. *Lancet Neurol* 2004;3:679-84.
11. Benedetti F, Carlino E, Pollo A. Hidden administration of drugs. *Clin Pharmacol Ther* 2011;90:651-61.
12. Bingel U, Wanigasekera V, Wiech K et al. The effect of treatment expectation on drug efficacy: imaging the analgesic benefit of the opioid remifentanyl. *Science Transl Med* 2011;3:70-14.
13. Benedetti F. *The patient's brain: the neuroscience behind the doctor-patient relationship*. Oxford: Oxford University Press, 2010.
14. Miller FG, Colloca L. The legitimacy of placebo treatments in clinical practice: evidence and ethics. *Am J Bioeth* 2009;9:39-47.
15. Miller FG, Colloca L. The placebo phenomenon and medical ethics: rethinking the relationship between informed consent and risk-benefit assessment. *Theor Med Bioeth* 2011;32:229-43.

La previsión de la gravedad de la discapacidad funcional cotidiana en personas con esquizofrenia: disfunciones cognitivas, capacidad funcional, síntomas y estado de salud

PHILIP D. HARVEY, MARTIN STRASSNIG

Department of Psychiatry, University of Miami Miller School of Medicine, 1120 NW 14th Street, Suite 1450, Miami, FL 33136, USA

La discapacidad es un problema omnipresente en la esquizofrenia y es resistente al tratamiento farmacológico actual. La incapacidad funcional en los contextos cotidianos es la causa de los enormes costos indirectos de la esquizofrenia, que pueden ser hasta tres veces mayores que los costos del tratamiento directo de los síntomas psicóticos. Por tanto, se necesitan urgentemente tratamientos para la discapacidad. A fin de tratar eficazmente la discapacidad, deben identificarse y abordarse específicamente sus causas; es probable que haya múltiples causas con una imbricación moderada. En este artículo analizamos los datos disponibles en torno a la previsión de la discapacidad cotidiana en la esquizofrenia. Señalamos que intervienen la cognición, las deficiencias de la capacidad funcional, algunos síntomas clínicos y diversos factores ambientales y sociales. Así mismo, planteamos que las variables relativas al estado de salud, recientemente reconocidas como prevalentes en las enfermedades mentales graves, también pueden contribuir a la discapacidad de una manera independiente de estas otras causas mejor estudiadas. Recomendamos que se valore el estado de salud para la previsión global del funcionamiento en la vida real y señalamos que pueden necesitarse intervenciones dirigidas a la reducción de la discapacidad enfocadas en el estado de salud, además de la mejora cognitiva, la capacitación en destrezas y la defensa del público para mejores servicios.

Palabras clave: esquizofrenia, discapacidad, cognición, capacidad funcional, motivación intrínseca, factores ambientales, estado de salud.

(*World Psychiatry* 2012;11:73-79)

La esquizofrenia es una de las enfermedades más discapacitantes en el mundo (1) y los pacientes presentan disfunciones en diversos dominios funcionales cotidianos (2). La mayor parte de estas alteraciones son homogéneas en diferentes países y culturas y al parecer las capacidades funcionales se alteran de manera equivalente en pacientes demográficamente similares de países occidentales y en vías de desarrollo (3,4).

Hay múltiples aspectos de la capacidad para el desempeño de las habilidades cognitivas y funcionales que se alteran en las personas con esquizofrenia, entre ellos, el funcionamiento cognitivo indexado según el rendimiento en las pruebas neuropsicológicas (5) y el rendimiento en las valoraciones enfocadas de las destrezas funcionales (6). Así mismo, hay diversas influencias ambientales y culturales que repercuten en el funcionamiento cotidiano, tanto en sentido positivo como adverso. Estos comprenden compensación por discapacidad, oportunidades, apoyo residencial y diversos elementos de actitudes y estigma (7,8).

Los síntomas de las enfermedades, tales como depresión, síntomas negativos, psicosis y el tomar conciencia de la enfermedad, también repercuten en el funcionamiento (9). Resulta interesante que estas repercusiones no parezcan influir en el funcionamiento a través de algún tipo de influencias sobre las variables relativas a la capacidad, sino más bien parecen tener una repercusión directa en el funcionamiento que no reduce las capacidades inherentes a la función.

Por último, hay una considerable serie de factores que repercuten en el funcionamiento cotidiano de personas sin enfermedades mentales graves que han sido objeto de escasa atención en la investigación pese al hecho de que tienen una gran prevalencia en individuos con enfermedades mentales graves. Estos factores son trastornos metabólicos, cardiopatías, trastornos pulmonares y sus secuelas funcionales cotidianas. Aunque está bien documentada la presentación de estos trastornos en la esquizofrenia (10) han sido escasas las tentativas de determi-

nar el grado en el cual estos factores repercuten en el funcionamiento cotidiano y dónde tendría lugar su influencia.

En este estudio revisamos las pruebas que permiten cuantificar las influencias de diversos factores sobre el funcionamiento en la vida real de personas con esquizofrenia. Basamos nuestro análisis en la bibliografía publicada que analiza las correlaciones entre los diversos factores pronósticos potenciales y desenlaces cotidianos. Así mismo, proponemos varios campos de investigación adicionales que podrían ayudar a comprender la varianza de la discapacidad en el funcionamiento cotidiano previamente no explicada. También analizamos si es posible que los factores antes señalados, si se abordan en forma adecuada, puedan reducir la presentación de discapacidad cotidiana en la esquizofrenia.

FACTORES QUE AFECTAN AL FUNCIONAMIENTO COTIDIANO EN LA ESQUIZOFRENIA

Pese a la naturaleza impactante de los síntomas psicóticos en la esquizofrenia y otras enfermedades mentales graves, el problema más costoso de estos trastornos son las alteraciones del funcionamiento cotidiano. Estas alteraciones dan por resultado un costo total que es bastante mayor que el relacionado con el tratamiento de la psicosis mediante medicamentos y las hospitalizaciones psiquiátricas. Las alteraciones del funcionamiento cotidiano de las personas con esquizofrenia abarcan los dominios funcionales importantes de la residencia independiente, las actividades productivas y el funcionamiento social (11). El logro de los aspectos de desarrollo característicos es menos frecuente que en la población sana y muchas habilidades funcionales (es decir, sociales, vocacionales y de vida independiente) en sí mismas se logran en niveles inferiores.

La alteración del funcionamiento cotidiano es un fenómeno complejo, pues hay muchos factores que contribuyen a los re-

sultados adecuados. Consisten en la capacidad para llevar a cabo las destrezas funcionales, la motivación para la ejecución de las destrezas, el reconocimiento de las situaciones en las que posiblemente tenga éxito el desempeño hábil así como los factores que intervienen en la capacidad, la motivación y el reconocimiento de la situación que es necesario para optimizar el desempeño de las habilidades. Estos factores que interfieren pueden ser síntomas, estado de salud y efectos secundarios de medicamentos. Así mismo, existen factores ambientales que de manera directa o indirecta influyen en el funcionamiento en la vida real. Las influencias directas comprenden la falta de oportunidades para lograr metas funcionales (p. ej., el vivir en un barrio donde nadie habla el idioma de uno; las altas tasas de desempleo) o las restricciones legales (p. ej., estado de inmigración). Las influencias ambientales indirectas comprenden la falta de incentivos como las relaciones contingentes entre la compensación por discapacidad y el seguro de salud, que luego obligan a las personas a decidir entre intentar trabajar y recibir tratamiento de su enfermedad.

En la figura 1 se muestra nuestro modelo de la cascada de las alteraciones en el funcionamiento cotidiano. Las influencias directas comprenden la capacidad funcional, la cognición social, los síntomas, los factores ambientales y el estado de salud. Algunas de estas variables se han investigado con mucho más detalle que otras y muchas nunca se han analizado en un estudio multifactorial sistemático que comprenda todos o incluso algunos de los demás posibles factores pronósticos diferentes. Así mismo, las influencias de algunos factores sobre el desenlace funcional, como el desempeño en las pruebas neurocognitivas, resultan mucho más sólidas cuando no se valoran otros factores potencialmente mediadores, como la capacidad funcional. Así mismo, muchas características de la esquizofrenia tienen una repercusión en los desenlaces cotidianos sin influir en sus precursores basados en el desempeño: cognición, capacidad funcional y cognición social. Por consiguiente, nuestro modelo no es resultado de un metanálisis, sino más bien, un resumen teórico de las múltiples posibles influencias en la discapacidad funcional cotidiana identificadas en diversos estudios de investigación en personas con esquizofrenia.

Funcionamiento cognitivo

En los últimos 20 años ha surgido un enorme interés en la influencia de las disfunciones cognitivas en el funcionamiento cotidiano.

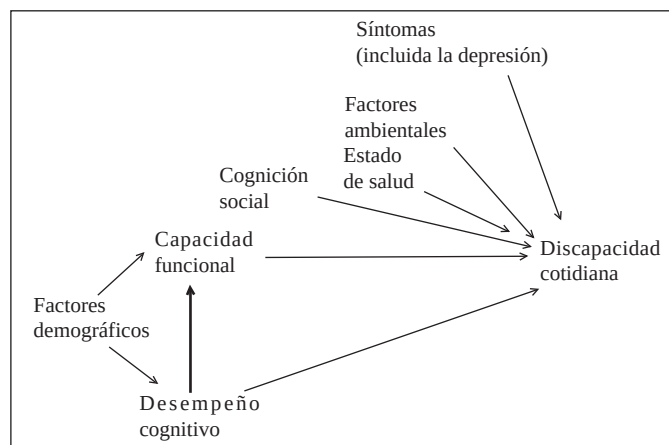


Figura 1. Factores pronósticos de discapacidad cotidiana en personas con esquizofrenia

Se han realizado muchos análisis detallados de esta bibliografía de manera que resumiremos los resultados de estos análisis en vez de abordar lo ya visto. Algunos de estos hallazgos son muy importantes. Estos comprenden la magnitud de la correlación entre las disfunciones cognitivas y las disfunciones funcionales cotidianas, la especificidad de esta relación en diferentes dominios de la capacidad cognitiva, en la cual los aspectos del funcionamiento cotidiano se relacionan más frente a menos con las alteraciones cognitivas.

Los hallazgos de los estudios por lo general son congruentes. Los dominios de la capacidad cognitiva individual (p. ej., aprendizaje, atención, función ejecutiva) tienen correlaciones leves a moderadas con los índices globales de funcionamiento cotidiano (12). Así mismo, las calificaciones compuestas muestran una correlación generalmente moderada a considerable con el funcionamiento cotidiano (5,12). Cuando el funcionamiento cotidiano es valorado por un observador clínico, las correlaciones con la cognición son más altas que cuando los pacientes refieren su propio funcionamiento (13). Se dispone de escasos datos que indiquen que haya disfunciones cognitivas específicas que pronostiquen disfunciones funcionales específicas, posiblemente porque las disfunciones cognitivas «específicas» medidas con pruebas neuropsicológicas por sí mismas son multifactoriales. Datos más congruentes indican que hay determinados dominios funcionales, resultados sociales en concreto, que se pronostican mejor por las alteraciones diferentes a la cognición, por ejemplo, las deficiencias cognitivas sociales (14) y los síntomas negativos (15).

El lograr la independencia en el funcionamiento residencial al parecer se relaciona muy sólidamente con la integridad cognitiva (11). Muchas personas con esquizofrenia no están buscando trabajo, de manera que en consecuencia la correlación entre las capacidades cognitivas y el ser empleado puede estar reducida. Sin embargo, cuando los pacientes participan en programas estructurados y están en busca de empleo, los mayores grados iniciales de funcionamiento cognitivo y la experimentación de una ventaja cognitiva tras las intervenciones correctivas pronostican un resultado laboral satisfactorio (16,17). Por consiguiente, la índole previsible de la alteración cognitiva en el contexto del empleo precisa el deseo por parte de los pacientes de buscar y conservar el trabajo.

Capacidad funcional

Este es un concepto de desarrollo rápido que alude a las habilidades que subyacen al éxito funcional. Estas habilidades comprenden la capacidad de desempeño en los aspectos del funcionamiento residencial, el trabajo y las habilidades sociales (18). Estas capacidades pueden medirse con pruebas que se administran de una manera similar a las baterías de pruebas neuropsicológicas, en una valoración estructurada, cuantificada y basada en el desempeño que no depende de la autonotificación o de la oportunidad ambiental o de la motivación personal para lograr los hitos funcionales. Por consiguiente, es posible medir de manera válida si un individuo podría realizar las habilidades necesarias para trabajar o vivir de manera independiente, aun cuando la tasa de desempleo fuera alta y el individuo no tuviese los recursos económicos para solventar una residencia.

En varios estudios se ha demostrado que los índices de capacidad funcional se correlacionan con los desenlaces funcionales en la vida real por lo menos en la misma intensidad que

el desempeño cognitivo (9). Así mismo, la correlación entre las valoraciones neuropsicológicas basadas en el desempeño y los resultados de las valoraciones de la capacidad funcional son muy altas, promediando aproximadamente una $r = 0,6$ o más (y resultan notablemente uniformes entre los estudios) (13). Se ha planteado la hipótesis de que las alteraciones cognitivas pueden ejercer su influencia en el funcionamiento cotidiano a través de su relación con la capacidad funcional (19). Por consiguiente, las disfunciones cognitivas pueden reducir la capacidad para llevar a cabo funciones cotidianas decisivas, lo cual a su vez reduce las posibilidades de un funcionamiento cotidiano satisfactorio.

En algunos estudios, se ha observado que el desempeño cognitivo ejerce una influencia mínima en el funcionamiento de la vida real cuando se consideró la influencia de la capacidad funcional (9,19). Sin embargo, dadas las altas correlaciones entre el desempeño neuropsicológico y las variables de capacidad funcional, algunos estudios han revelado el resultado opuesto: que el desempeño neuropsicológico contribuye a toda la varianza de los resultados cotidianos y la capacidad funcional no influye (20). Es probable que esto se deba a los artefactos estadísticos y más estudios han demostrado que la capacidad funcional está más proximal al funcionamiento cotidiano que lo opuesto.

Recientemente se llevó a cabo un estudio sistemático a gran escala (6) cuyo propósito fue determinar cuáles variables de la capacidad funcional se relacionaban simultáneamente de manera más intensa con el desempeño cognitivo y con la función cotidiana. Los resultados de este estudio indicaron que varios criterios diferentes de la capacidad funcional se correlacionaban intensamente con el desempeño neuropsicológico y se relacionaban con el funcionamiento cotidiano y que tanto las formas extensas como más breve tenían propiedades psicométricas adecuadas según se indexaban a través de las correlaciones con el desempeño neuropsicológico. Otros estudios han señalado que los criterios de la capacidad funcional tienen propiedades psicométricas (fiabilidad de prueba-repetición de prueba, varianza y efectos en la práctica) que son muy similares a los observados para las pruebas neuropsicológicas (21).

Una serie decisiva de datos de validez para las medidas de capacidad funcional (y muy pertinente a una audiencia global) han sido los hallazgos indicativos de que las variables de la capacidad funcional muestran considerable similitud entre los estudios realizados en diferentes países. Uno de los argumentos antes planteados en apoyo al funcionamiento neuropsicológico como una característica central de la esquizofrenia fue la similitud del desempeño en el curso de la enfermedad y en diferentes países y culturas. Se han producido datos similares para las valoraciones de la capacidad funcional. Por ejemplo, pacientes de Suecia y de la Ciudad de Nueva York han resultado notablemente similares en su desempeño en las valoraciones de la capacidad funcional, más similares que su desempeño en las valoraciones neuropsicológicas (3). Esta similitud se identificó pese a las notables diferencias culturales en el apoyo social a las personas con esquizofrenia, donde fue casi tres veces más probable que una persona con esquizofrenia viviese de manera independiente en Suecia que en Nueva York debido a los factores de apoyo social local.

En un estudio llevado a cabo en China (4), se demostró que las variables de la capacidad funcional eran muy sensibles a la esquizofrenia en comparación con las personas sanas, en una amplia gama de criterios educativos que abarcaban de 1 a 20 años. No

hubo ningún efecto educativo considerable que no interactuase con la enfermedad, lo que indica que las vidas de las personas más instruidas son más complejas y necesitan capacidades más funcionales. Dicho esto, las personas con educación universitaria que tienen un diagnóstico de esquizofrenia resultaron con un desempeño similar a las personas sanas que sólo terminaron la escuela media, lo que indica un compromiso considerable de los enfermos mentales graves en comparación con las personas sanas. Las magnitudes de efecto de esta diferencia fueron similares a los estudios previos que se llevaron a cabo en Estados Unidos.

Cognición social

Según se señaló antes, la cognición social puede tener una relación más intensa con los desenlaces sociales en la vida real que el desempeño neuropsicológico (22). La cognición social designa, en general, los dominios de la capacidad que son cognitivos pero que están directamente vinculados a las habilidades necesarias para el funcionamiento social, como la percepción interpersonal y las interacciones. Los dominios de la cognición social comprenden reconocimiento de las emociones, tanto en las modalidades visuales como auditivas, la inferencia de las impresiones de otros con respecto a uno mismo, el criterio de las intenciones y otros dominios relacionados (23). Tales análisis (24,25) y un metanálisis reciente (14) señalaron que la cognición social tiene correlaciones congruentes con el funcionamiento social, lo que comprende los hitos sociales como el matrimonio o las relaciones estables equivalentes y otras funciones sociales como el desarrollo y el mantenimiento de relaciones amistosas.

Uno de los aspectos relacionados con la cognición social, no obstante, es que su definición y medición no está tan avanzada como el desempeño neuropsicológico o incluso la capacidad funcional. Es poco lo que se sabe sobre las propiedades psicométricas de estas medidas y muchas de ellas han sido modificadas por grupos de investigación individuales, lo que ha conducido a una menor comparabilidad entre los estudios a causa de los métodos de valoración neuropsicológica más normalizados. Por tanto, han sido escasas las investigaciones en las que se ha analizado la contribución de la cognición social con otros dominios funcionales como el empleo, en que las capacidades sociales son necesarias para adquirir y mantener muchos trabajos diferentes.

Síntomas, incluida la depresión

Los síntomas psicóticos en la esquizofrenia han mostrado una relación muy escasa con el funcionamiento cotidiano a un nivel representativo (5). Si bien esto parece oponerse a lo plausible, los pacientes pueden lograr una remisión sostenida de sus síntomas psicóticos y aun así manifestar una considerable discapacidad en múltiples dominios funcionales. Por otra parte, los pacientes con psicosis persistente pueden tener la capacidad de mantener la independencia en el funcionamiento residencial. Esta situación en parte puede deberse al hallazgo constante de que las alteraciones cognitivas tampoco se relacionan mucho con la presentación actual de la psicosis, un hallazgo reproducido ahora para el desempeño en la capacidad funcional (9,19). Naturalmente, la psicosis importante puede ser un impedimento considerable para el funcionamiento, a través de sus repercusiones en la organización y el criterio. Sin

embargo, esta relación variable entre la psicosis y el pronóstico constituye la base de una correlación transversal mínima.

Otros síntomas de esquizofrenia tienen repercusión en el funcionamiento cotidiano. Los síntomas negativos, por ejemplo, tienen un impacto en el número de elementos del funcionamiento cotidiano. Un ejemplo interesante es el de la amotivación social y su repercusión en el funcionamiento social. La amotivación social es un síntoma de déficit característico en el que el individuo con este síntoma no está interesado en el contacto social o lo evita de manera activa. Esta forma de amotivación probablemente este relacionada con la anhedonia y otros niveles reducidos de reforzamiento social obtenidos de las interacciones (26). Se ha demostrado que la amotivación social está más relacionada con los desenlaces sociales que con el desempeño neuropsicológico o las destrezas sociales medidas mediante una valoración estructurada (16). Este es un resultado interesante debido a sus implicaciones en la intervención. La capacitación en las destrezas sociales, aunque ampliamente se aplica, podría ser inútil en un individuo cuya falta de motivación para participar en las actividades sociales es el origen del déficit en el funcionamiento social.

Ha habido un debate considerable en torno a la relación entre los síntomas negativos y las disfunciones cognitivas (27). Más que presentar los detalles del debate, simplemente diremos que varios estudios diferentes han demostrado que las contribuciones de las alteraciones cognitivas y los síntomas negativos al funcionamiento en la vida real pueden cuantificarse por separado y que hay cierta imbricación entre los síntomas negativos y la cognición, aunque la imbricación es escasa en comparación con las correlaciones mucho más importantes que existen entre cada uno de estos dominios y los desenlaces cotidianos.

La depresión ha sido un fenómeno en gran parte pasado por alto en la esquizofrenia, con una investigación un poco menor que la que merece por su prevalencia y su repercusión en la morbilidad y la mortalidad de la enfermedad. Está claro que muchas personas con esquizofrenia tienen síntomas de depresión y pueden cumplir criterios para la depresión mayor al mismo tiempo que para la esquizofrenia. Los síntomas afectivos, incluso los leves a los moderados, también han mostrado ejercer una influencia negativa en el funcionamiento cotidiano (28). En contraste con la impresión clínica común, esta influencia adversa no se debe a una repercusión negativa de la depresión sobre la capacidad neuropsicológica y funcional. La influencia parece más directa y en tres estudios (9,19,29) con diferentes poblaciones de pacientes hemos demostrado que la gravedad de la depresión tiene una correlación mínima con el desempeño en las medidas de capacidad, si bien se correlaciona moderadamente con las alteraciones del funcionamiento cotidiano. De hecho, en una serie reciente de análisis que realizamos, observamos que la depresión era el factor pronóstico más potente de las disfunciones cotidianas y tiene un impacto más importante (aunque no significativamente) en los desenlaces cotidianos que el desempeño neuropsicológico o la capacidad funcional (29). Por consiguiente, la depresión es un síntoma importante de tomar en cuenta al tratar de identificar las causas de la discapacidad en la esquizofrenia.

Anhedonia

Durante más de 100 años se ha planteado la idea de que la anhedonia era una característica central de la esquizofrenia,

a partir de Kraepelin y Bleuler. Los avances recientes en el estudio de los síntomas negativos han ayudado a comprender la naturaleza compleja de las alteraciones de la capacidad hedónica en las personas con esquizofrenia (30). Muchos actos cotidianos posiblemente son realizados a causa de sus consecuencias reforzadoras intrínsecas. La investigación reciente ha señalado que diferentes tipos de anhedonia pueden operar en la esquizofrenia y en la depresión mayor. En esta última, el fenómeno modal parece ser la capacidad reducida para experimentar placer después de realizar actos potencialmente placenteros (anhedonia consumadora). En la esquizofrenia, al parecer se conserva la capacidad para experimentar placer (26), en tanto que al parecer predominan las disfunciones de la capacidad para prever consecuencias placenteras (anhedonia anticipatoria). En la anhedonia anticipatoria es difícil recordar las consecuencias positivas de una conducta previamente realizada y por tanto se reduce la motivación para repetir estos actos. Resulta interesante que la escasa investigación realizada en torno a la depresión y la anhedonia en personas con esquizofrenia señala una mayor frecuencia de anhedonia consumadora en individuos con esquizofrenia que tienen síntomas depresivos. Por consiguiente, los individuos deprimidos con esquizofrenia pueden tener disfunciones hedónicas cualitativamente similares a los que tienen depresión mayor (31). Las personas con disfunciones cognitivas persistentes como las observadas en la esquizofrenia también pueden tener la incapacidad para recuperar voluntariamente sus memorias de experiencias positivas previas, lo que conduce a un incremento de la incapacidad para prever las consecuencias placenteras de toda acción.

Las investigaciones recientes han señalado que quienes admiten actuales niveles reducidos de motivación intrínseca en un cuestionario reciben menos beneficio de los tratamientos activos dirigidos a la intensificación cognitiva que los individuos más motivados (32,33). La reducción de la motivación para ejercer el esfuerzo, aunque todavía se acuda a las sesiones, puede llevar a una menor participación en las tareas, lo cual posiblemente origine menos activación del cerebro y promoción de las ventajas de la corrección cognitiva. El tratamiento de la anhedonia y las reducciones relacionadas en la motivación al parecer serían una meta decisiva para mejorar el funcionamiento de las personas con esquizofrenia.

Factores ambientales

Los factores ambientales sin duda están relacionados con el funcionamiento en la vida real. Las personas con esquizofrenia suelen comenzar con menos ventajas intrínsecas que la población como un todo y su enfermedad conduce a reducciones adicionales de las oportunidades. Los individuos con una discapacidad de por vida afrontan dificultades económicas y pueden no contar con los recursos para pagar alguna residencia independiente, lo cual, en combinación con tener recursos familiares más modestos, puede dar por resultado una cascada de desventajas.

La desventaja económica tiene otras posibles repercusiones adversas. El no contar con ropa de vestir adecuada puede dar por resultado desventajas en la búsqueda de empleo y el estar empobrecido también conduce a una reducción de las posibilidades nutricionales y de las opciones de alimentos que originan desenlaces adversos en la salud. El vivir en barrios pobres también aumenta el riesgo de convertirse en víctima de delitos

que afectan a la propiedad o agresiones físicas y las personas con esquizofrenia tienen probabilidades desproporcionadas de ser víctimas de un delito violento. Así mismo, el vivir en barrios pobres también aumenta las dificultades logísticas de trasladarse al trabajo si se puede obtener un empleo.

Hay otros factores ambientales que también operan. La compensación por discapacidad y los seguros de salud están intrínsecamente vinculados para muchos pacientes en Estados Unidos. Por consiguiente, la búsqueda de empleo puede dar por resultado la suspensión de los beneficios de seguridad y los individuos que desean lograr el restablecimiento y buscar empleo paradójicamente corren el riesgo de haber suspendido el tratamiento medicamentoso de su enfermedad. Varios estudios han demostrado que el mejor indicador individual de la falta de empleo en las personas con esquizofrenia en Estados Unidos es la compensación por discapacidad, no porque 400 dólares al mes sean adecuados para vivir, sino debido la relación intrínseca entre la compensación por discapacidad y el seguro de salud, lo que hace que no sea plausible la búsqueda de trabajo sin beneficios para la seguridad de la salud (7,8).

Los tiempos económicos difíciles también repercuten en las personas con esquizofrenia de una manera desproporcionada, debido a los recortes en los servicios de apoyo y dado que los individuos que están mejor calificados que ellos pueden estar compitiendo por los mismos trabajos o residencias cuando hay una contracción de la economía.

Estado de salud

Los pacientes con esquizofrenia tienen tasas más altas de obesidad y de trastornos médicos concomitantes (enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión) que las muestras de comparación de la población general (34,35). El ambiente obesógeno actual ha tenido una repercusión adversa desproporcionadamente considerable en los pacientes con esquizofrenia. Varios estudios han señalado de qué manera los estilos de vida de inadaptación, tales como las opciones de alimentación deficiente, la conducta sedentaria, el escaso ejercicio físico y las altas tasas de tabaquismo, interaccionan con el tratamiento y con la medicación antipsicótica para producir morbilidad y mortalidad que supera con mucho las normas en la población (36).

La propensión de la esquizofrenia a acortar las vidas es exacerbada por una carencia relativa de valoración médica adecuada, vigilancia e intervención para la obesidad y trastornos metabólicos concomitantes relacionados que afecta a los sistemas de atención a la salud (37). Esto ha dado por resultado la situación insostenible de que, pese a las mejoras relacionadas con el tratamiento en los resultados en los últimos decenios por lo que respecta a los síntomas psiquiátricos y la calidad de vida, la brecha de mortalidad para los pacientes con esquizofrenia no se ha reducido, sino que en realidad se ha ensanchado (38,39).

La repercusión de la obesidad y de los trastornos médicos concomitantes en la discapacidad cotidiana de los pacientes con esquizofrenia ha recibido escasa atención y nunca se ha cuantificado en la forma en que se ha hecho para los síntomas, la cognición y la capacidad funcional. En la población psiquiátricamente sana, la magnitud de la obesidad, por ejemplo, se correlaciona directamente con el grado de discapacidad en el desempeño de las actividades cotidianas (definida en un proceso continuo entre la restricción menor y la carencia completa de capacidad para llevar a cabo las actividades físicas en los

dominios relevantes de la vida) y los grados más graves de obesidad tienen una repercusión negativa desproporcionadamente más importante (40).

Las alteraciones de la movilidad, la flexibilidad, la coordinación motriz, la mecánica muscular, la fuerza y la deficiencia de la marcha relacionadas con la obesidad se manifiestan en dificultades para realizar las actividades de la vida cotidiana (AVC) en aspectos tan diversos como el vestirse, el bañarse, el caminar varias cuadras, subir escaleras, hacer tareas domésticas, ir de compras, utilizar transporte público y llevar a cabo cualquier tipo de actividad vigorosa (41). Estas alteraciones no sólo se deben a la magnitud física y las alteraciones relacionadas de la movilidad sino que pueden deberse a la disfunción inicial (p. ej., reducción de la movilidad, la flexibilidad y persistencia) o también pueden relacionarse con la presentación de trastornos médicos causados o agravados por la obesidad. Desde una perspectiva mecanicista médica, el daño aterosclerótico, hiperglucémico e hipertensivo de órganos terminales puede causar una disminución de las capacidades cognitivas, motrices y de la marcha (40). Los ejemplos serían accidente cerebrovascular, cardiopatía, demencia vascular, cicatrización deficiente de las heridas y claudicación, entre otros trastornos.

Las personas obesas con esquizofrenia pueden tener una alteración cualitativamente similar en el funcionamiento físico y la discapacidad resultante en comparación con las que no tienen enfermedades mentales. Las pruebas de apoyo indirectas se derivan de observaciones de alteraciones de la calidad de vida, que las personas obesas con esquizofrenia refieren experimentar como problemas físicos incluso más que como psicológicos, lo que se debe a las limitaciones físicas percibidas (42,43). Cuando estas alteraciones se combinan con las relacionadas con la enfermedad mental grave, pueden tener influencias aditivas o incluso interactivas.

Aptitud física

Los pacientes con esquizofrenia en Estados Unidos tienen mucha menos aptitud física que sus contrapartes mentalmente sanas. Su capacidad funcional física, que es la capacidad para mantener la actividad física, se altera notablemente (44,45). Las causas comprenden reducción de la fuerza cardíaca y musculoesquelética, la resistencia, la velocidad y, tal vez, de la flexibilidad. Las enfermedades pulmonares, posiblemente por una alta prevalencia del consumo de tabaco, se experimentan como una disnea que limita la frecuencia más allá de un determinado umbral de actividad. Así, la presentación de bajos grados de enfermedad pulmonar puede tener una repercusión negativa en las actividades físicas moderadamente extenuantes, las cuales se vuelven difíciles de realizar (46). Al mismo tiempo, las actividades anaeróbicas –las que precisan los máximos esfuerzos físicos– pueden ser imposibles de llevar a cabo, lo cual tiene múltiples repercusiones funcionales (47). En un proceso continuo de agravamiento de la alteración de las actividades cotidianas, los pacientes, por ejemplo, pueden optar por no comprar comestibles, acudir a citas, participar en actividades laborales o prescripción de ejercicio físico, interactuar con compañeros o socializar efectivamente, debido a que las demandas físicas son desagradablemente considerables o simplemente inalcanzables.

La falta de actividad física aunada a la conducta sedentaria y en combinación con los efectos adversos de diversos trata-

mientos conduce a un ciclo de agravamiento de la autoeficacia, obesidad y discapacidad. En las personas mentalmente sanas, la mejora de la aptitud física, aumenta la capacidad para participar en actividades cotidianas significativas en los dominios social, laboral y de independencia y reduce la discapacidad física (48). Nuestra hipótesis es que cabe esperar reducciones similares de la discapacidad física y mejoras de las AVC en los pacientes con esquizofrenia. Debido a que algunas de las variables clínicas antes señaladas –p. ej., desempeño cognitivo, motivación o síntomas negativos– pueden interferir en la aplicación eficaz de intervenciones para mejorar la aptitud física en la esquizofrenia, pueden ser necesarios programas especiales.

Por consiguiente, las limitaciones físicas pueden exacerbar las disfunciones que pueden producir las limitaciones cognitivas, sintomáticas y de la capacidad funcional. Estas limitaciones físicas reducen también el desempeño en la vida real en campos en los que también operan las limitaciones intrínsecas de la esquizofrenia. Por consiguiente, la cascada de influencias en la alteración funcional cotidiana comprende déficit en la cognición, la capacidad funcional, la presentación de síntomas específicos y, recién introducida, la presentación de múltiples limitaciones físicas relacionadas con las anomalías en el estado de salud.

CONCLUSIONES

La discapacidad en la esquizofrenia se debe a una cascada de múltiples influencias. Estas comprenden variables de la capacidad como la cognición y la capacidad funcional que se han estudiado con detalle en tiempos recientes, así como determinados síntomas clínicos. Estas variables se han cuantificado en varios estudios y análisis, lo que ha llevado a la conclusión de que contribuyen a casi la mitad de la varianza medible en el funcionamiento cotidiano. Los factores ambientales influyen en un grado considerable en el funcionamiento en la vida real, a juzgar por estudios sobre la relación entre la compensación y los resultados laborales y de residencia.

Planteamos que hay una influencia adicional: las correlaciones de un estado de salud deficiente como un factor pronóstico también. Esta influencia opera en varios niveles. Hay alteraciones directas relacionadas con el tamaño, la movilidad y la flexibilidad. Así mismo, las alteraciones fisiológicas subyacentes de manera directa conducen a deficiencias del funcionamiento cotidiano, posiblemente a través de la modificación de las capacidades cognitivas. Además, el estigma, una potente influencia en los resultados en las enfermedades mentales graves en cualquier caso, posiblemente se amplifica cuando la obesidad se añade a la ecuación.

La influencia del estado de salud en el desenlace en la esquizofrenia resulta evidente, pero no se ha estudiado con el mismo detalle que otros factores determinantes del pronóstico. Consideramos que los futuros estudios dirigidos a la prevención y el tratamiento de los síndromes metabólicos también debieran cuantificar la influencia de estas variables en los desenlaces cotidianos en los dominios funcionales decisivos.

Bibliografía

1. Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contributions of risk factors: global burden of disease study. *Lancet* 1997;349:1436-42.

2. Harvey PD, Raykov T, Twamley EM et al. Validating the measurement of real-world functional outcome: Phase I results of the VALERO study. *Am J Psychiatry* (in press).
3. Harvey PD, Helldin L, Bowie CR et al. Performance-based measurement of functional disability in schizophrenia: a cross-national study in the United States and Sweden. *Am J Psychiatry* 2009;166:821-7.
4. McIntosh BJ, Zhang XY, Kosten T et al. Performance based assessment of functional skills in severe mental illness: results of a largescale study in China. *J Psychiatr Res* 2011;45:1089-94.
5. Green MF, Kern RS, Braff DL et al. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the “right stuff”? *Schizophr Bull* 2000;26:119-36.
6. Green MF, Schooler NR, Kern RD et al. Evaluation of functionally meaningful measures for clinical trials of cognition enhancement in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2011;168:400-7.
7. Rosenheck R, Leslie D, Keefe R et al. Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006;163:411-7.
8. Rosenheck RA, Frisman LK, Sindelar J. Disability compensation and work: a comparison of veterans with psychiatric and nonpsychiatric impairments. *Psychiatr Serv* 1995;46:359-65.
9. Bowie CR, Leung WW, Reichenberg A et al. Predicting schizophrenia patients' real world behavior with specific neuropsychological and functional capacity measures. *Biol Psychiatry* 2008;63:505-11.
10. Newcomer JW. Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review. *CNS Drugs* 2005;19(Suppl. 1):1-93.
11. Leung WW, Bowie CR, Harvey PD. Functional implications of neuropsychological normality and symptom remission in older outpatients diagnosed with schizophrenia: a cross-sectional study. *J Int Neuropsychol Soc* 2008;14:479-88.
12. McClure MM, Bowie CR, Patterson TL et al. Correlations of functional capacity and neuropsychological performance in older patients with schizophrenia: evidence for specificity of relationships? *Schizophr Res* 2007;89:330-8.
13. Leifker FR, Patterson TL, Heaton RK et al. Validating measures of real-world outcome: the results of the VALERO Expert Survey and RAND Panel. *Schizophr Bull* 2011;37:334-43.
14. Fett AK, Viechtbauer W, Dominguez MD et al. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev* 2011;35:573-88.
15. Leifker FR, Bowie CR, Harvey PD. The determinants of everyday outcomes in schizophrenia: influences of cognitive impairment, clinical symptoms, and functional capacity. *Schizophr Res* 2009;115:82-7.
16. McGurk SR, Twamley EW, Sitzer DI et al. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2007;164:1791-802.
17. McGurk SR, Mueser KT, Pascaris A. Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: one-year results from a randomized controlled trial. *Schizophr Bull* 2005;31:898-909.
18. Harvey PD, Velligan DI, Bellack AS. Performance-based measures of functional skills: usefulness in clinical treatment studies. *Schizophr Bull* 2007;33:1138-48.
19. Bowie CR, Depp C, McGrath JA et al. Prediction of real world functional disability in chronic mental disorders: a comparison

- son of schizophrenia and bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2010;167:1116-24.
20. Heinrichs RW, Ammari N, Miles AA et al. Cognitive performance and functional competence as predictors of community independence in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2010;36:381-7.
 21. Leifker FR, Patterson TL, Bowie CR et al. Psychometric properties of performance-based measurements of functional capacity. *Schizophr Res* 2010;119:246-52.
 22. Harvey PD, Penn DL. Social cognition: the key factor predicting social outcome in people with schizophrenia? *Psychiatry* 2010;7:41-4.
 23. Penn DL, Sanna LJ, Roberts DL. Social cognition in schizophrenia: an overview. *Schizophr Bull* 2008;34:408-11.
 24. Couture SM, Penn DL, Roberts DL. The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. *Schizophr Bull* 2006;32:S44-S53.
 25. Green MF, Leitman DI. Social cognition in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2008;34:670-2.
 26. Gard DE, Kring AM, Gard MG et al. Anhedonia in schizophrenia: distinctions between anticipatory and consummatory pleasure. *Schizophr Res* 2007;93:253-60.
 27. Harvey PD, Koren D, Reichenberg A et al. Negative symptoms and cognitive deficits: what is the nature of their relationship? *Schizophr Bull* 2006;32:250-8.
 28. Reickmann N, Reichenberg A, Bowie CR et al. Depressed mood and its functional correlates in institutionalized schizophrenia patients. *Schizophr Res* 2005;77:179-87.
 29. Sabbag S, Twamley EW, Vella L et al. Predictors of the accuracy of self assessment of everyday functioning in people with schizophrenia. Submitted for publication.
 30. Horan WP, Kring AM, Gur RE et al. Development and psychometric validation of the Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS). *Schizophr Res* 2011;132:140-5.
 31. Kollias CT, Kontaxakis VP, Havaki-Kontaxaki BJ et al. Association of physical and social anhedonia with depression in the acute phase of schizophrenia. *Psychopathology* 2008;41:365-70.
 32. Medalia A, Revheim N, Casey M. Remediation of memory disorders in schizophrenia. *Psychol Med* 2000;30:1451-9.
 33. Choi J, Mogami T, Medalia T. Intrinsic Motivation Inventory: an adapted measure for schizophrenia research. *Schizophr Bull* 2010;36:966-76.
 34. Allison DB, Newcomer JW, Dunn AL et al. Obesity among those with mental disorders: a National Institute of Mental Health meeting report. *Am J Prev Med* 2009;36:341-50.
 35. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D et al. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J* 2005;150:1115-21.
 36. Newcomer JW, Hennekens CH. Severe mental illness and risk of cardiovascular disease. *JAMA* 2007;298:1794-6.
 37. De Hert M, Correll CU, Bobes J et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011;10:52-77.
 38. Hoang U, Stewart R, Goldacre MJ. Mortality after hospital discharge for people with schizophrenia or bipolar disorder: retrospective study of linked English hospital episode statistics, 1999-2006. *BMJ* (in press).
 39. Capasso RM, Lineberry TW, Bostwick JM et al. Mortality in schizophrenia and schizoaffective disorder: an Olmsted County, Minnesota cohort: 1950-2005. *Schizophr Res* 2008;98:287-94.
 40. Alley DE, Chang VW. The changing relationship of obesity and disability, 1988-2004. *JAMA* 2007;29:2020-7.
 41. Jain NB, Al Adawi S, Dorvlo AS et al. Association between body mass index and functional independence measure in patients with deconditioning. *Am J Phys Med Rehabil* 2008;87:21-5.
 42. Strassnig M, Brar JS, Ganguli R. Body mass index and quality of life in community-dwelling patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2003;62:73-6.
 43. Kolotkin R, Corey-Lisle PK, Crosby RD et al. Impact of obesity on health-related quality of life in schizophrenia and bipolar disorder. *Obesity* 2008;16:749-54.
 44. Strassnig M, Brar JS, Ganguli R. Low cardiorespiratory fitness and physical functional capacity in obese patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2011;126:103-9.
 45. Vankampfort D, Probst M, Scheewe T et al. Lack of physical activity during leisure time contributes to an impaired health related quality of life in patients with early schizophrenia. *Schizophr Res* 2011;129:122-7.
 46. Parameswaran K, Todd DC, Soth M. Altered respiratory physiology in obesity. *Can Respir J* 2006;13:203-10.
 47. Fleg JL, Piña IL, Balady G et al. Assessment of functional capacity in clinical and research applications: an advisory from the Committee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention, Council on Clinical Cardiology, American Heart Association. *Circulation* 2000;102:1591-7.
 48. Fentem PH. ABC of sports medicine. Benefits of exercise in health and disease. *BMJ* 1994;308:1291-5.

Clasificación de los trastornos de la alimentación y la conducta alimentaria: análisis de la evidencia científica y propuestas para la ICD-11

RUDOLF UHER^{1,2}, MICHAEL RUTTER¹

¹Social, Genetic and Developmental Psychiatry Centre, Institute of Psychiatry, King's College London, UK;

²Department of Psychiatry, Dalhousie University, Halifax, NS, Canada

La clasificación actual de los trastornos de la conducta alimentaria no está clasificando la mayor parte de los cuadros sintomáticos; hace caso omiso de continuidades entre las manifestaciones en los niños, los adolescentes y los adultos; y exige modificaciones frecuentes del diagnóstico para dar cabida a la evolución natural de estos trastornos. La clasificación está divorciada del ejercicio clínico y los investigadores de estudios clínicos se han visto obligados a introducir modificaciones irregulares. La clasificación de los trastornos de la alimentación y la conducta alimentaria en la ICD-11 precisa cambios considerables para corregir las deficiencias. Analizamos la evidencia científica disponible en torno a las diferencias y continuidades en el desarrollo e interculturales, la evolución y las características distintivas de los trastornos de la alimentación y la conducta alimentaria. Recomendamos las siguientes modificaciones: a) los trastornos de la alimentación y la conducta alimentaria se debieran integrar en un solo agrupamiento con categorías aplicables a los grupos de edad; b) la categoría de anorexia nerviosa se deberá ampliar omitiendo el requisito de amenorrea, extendiendo el criterio de peso corporal a cualquier peso infranormal importante y extendiendo el criterio cognitivo para incluir manifestaciones que son importantes desde el punto de vista del desarrollo y cultural; c) un atributo de gravedad «con peso corporal peligrosamente bajo» debiera distinguir los casos graves de anorexia nerviosa que conllevan el pronóstico más riesgoso; d) la bulimia nerviosa se debiera ampliar para incluir los episodios subjetivos de alimentación compulsiva; e) el trastorno por alimentación compulsiva se debiera considerar como una categoría específica definida por la alimentación compulsiva subjetiva u objetiva ante la falta de conducta compensadora regular; f) el trastorno por alimentación compulsiva combinado debiera clasificar a las personas que en forma sucesiva o concomitante cumplen los criterios de anorexia y bulimia nerviosa; g) el trastorno por evitación o restricción de la ingestión de alimentos debiera clasificar la ingesta restringida de alimento en los niños o los adultos que no se acompaña de alteraciones psicopatológicas relacionadas con el peso y la forma corporal; h) se debiera aplicar un criterio de duración mínima uniforme de cuatro semanas.

Palabras clave: Trastorno de la conducta alimentaria, trastorno de la alimentación, clasificación, estabilidad diagnóstica, psiquiatría intercultural, psicopatología del desarrollo.

(World Psychiatry 2012;11:80-92)

La clasificación de los trastornos de la alimentación y la conducta alimentaria en la ICD-10 y en el DSM-IV es insatisfactoria. Las deficiencias de estos sistemas son más evidentes en cuatro hechos. En primer lugar, la mayoría de los pacientes que acuden con un trastorno psicopatológico relacionado con la alimentación no cumplen los criterios de un trastorno específico y se clasifican bajo las categorías residuales de «otros» o «no especificados». En segundo lugar, la mayoría de los individuos con un trastorno de la conducta alimentaria en forma sucesiva reciben varios diagnósticos en vez de uno solo que describa los problemas del individuo en diversas etapas del desarrollo. En tercer lugar, los estudios clínicos más recientes han utilizado los criterios diagnósticos modificados que pueden reflejar mejor el ejercicio clínico, pero que niegan el propósito de las clasificaciones como un medio para la comunicación entre los profesionales clínicos y los investigadores. En cuarto lugar, aunque los trastornos de la alimentación en la infancia suelen describirse entre los antecedentes de adolescentes y adultos con trastornos de la conducta alimentaria, se dispone de escasa investigación sobre la continuidad de los trastornos en la infancia, la adolescencia y la edad adulta en relación con las conductas de alimentación anómalas durante el desarrollo. Se han planteado inquietudes en torno a los trastornos de la alimentación y de la conducta alimentaria según se conceptúan en la actualidad y sus dependencias en los factores del desarrollo y culturales.

Dados estos problemas, no es sorprendente que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la American Psychiatric Association estén contemplando cambios importantes en la

clasificación. Se han hecho diversas propuestas para los cambios. El propósito de este artículo es resumir los aspectos de la clasificación de los trastornos de la alimentación y la conducta alimentaria, analizar aspectos importantes de la evidencia científica disponible y hacer propuestas para modificaciones en la ICD-11 en el contexto del desarrollo.

LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES

El propósito principal de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD) es facilitar el trabajo de los profesionales sanitarios en diversos ámbitos clínicos en todo el mundo. Por tanto, el requisito primario para las categorías diagnósticas de la ICD es la utilidad clínica y se otorga más importancia a la evidencia derivada de la investigación clínica y epidemiológica que a los datos provenientes de la investigación básica y etiológica (1). Se presta atención a la validez intercultural global y a las necesidades de los profesionales sanitarios de países con ingresos medianos y bajos (1).

Se han propuesto varias orientaciones conceptuales para la ICD-11 (2). En primer lugar, con el fin de representar los indicios crecientes en torno a la continuidad entre la psicopatología infantil, del adolescente y del adulto, se ha propuesto que se debiera descartar el agrupamiento de trastornos que por lo general comienzan en la infancia y la adolescencia. Más bien, se debieran organizar los trastornos en agrupamientos según psicopatología y se debiera adoptar un enfoque que contemple las diversas

etapas de la vida para conceptualizar las manifestaciones de los mismos trastornos en los niños, los adolescentes y los adultos.

En segundo lugar, se ha acordado que la ICD-10 y el DSM-IV contienen un número excesivamente extenso de diagnósticos sobre-especificados, lo que conduce a tasas artificialmente altas de comorbilidad y uso frecuente de las categorías «no específicos» y «otros» que no son informativas (2). Se ha propuesto la necesidad de datos no sólo para modificar o añadir las categorías diagnósticas sino también para conservar las existentes. La utilización excesiva de las categorías «por lo demás no específicos» se debiera reducir revisando los límites de los trastornos específicos para incluir la mayor parte de los cuadros clínicamente importantes.

En tercer lugar, para facilitar más la aplicación clínica, la ICD adopta un enfoque prototípico en el cual los cuadros característicos de cada categoría diagnóstica se describen en un formato narrativo, que a la mayoría de los profesionales sanitarios les resulta más fácil de utilizar en el ejercicio clínico (3,4). La ICD evita el empleo de recuento exacto, frecuencia y criterios de duración para modular los umbrales diagnósticos. Puesto que la mayor parte de los criterios de duración para los diversos trastornos no se basan en evidencia y son difíciles de memorizar y aplicar, se ha propuesto que se adopte un criterio de duración uniforme de cuatro semanas, con excepciones calificadas para los trastornos que precisan una atención clínica rápida (p. ej., delirio, manía y catatonía) o que se manifiestan por episodios relativamente breves (p. ej., trastorno explosivo intermitente).

En cuarto lugar, se ha propuesto que las categorías con algún indicio de utilidad clínica, pero evidencia insuficiente con respecto a la validez de criterios específicos, se debiera incluir en el cuerpo principal de la ICD, pero señalarse como categorías que precisan más pruebas.

En quinto lugar, para reflejar la evidencia de que la mayoría de los trastornos mentales obedecen a múltiples factores, se propone eliminar la diferenciación entre las formas orgánicas y funcionales de los trastornos.

EVIDENCIA CLÍNICA Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El motivo más importante para no cambiar los criterios diagnósticos actuales es que esto podría invalidar los datos disponibles. Por tanto, es importante valorar la evidencia clínicamente relevante y su relación con la clasificación. Hemos analizado estudios clínicos recientes sobre los tratamientos de los trastornos de la conducta alimentaria publicados en seis revistas de psiquiatría infantil y general influyentes (*Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *American Journal of Psychiatry*, *Archives of General Psychiatry*, *British Journal of Psychiatry* and *Psychological Medicine*) entre enero de 2000 y mayo de 2011.

Identificamos 18 estudios clínicos (cuadro 1). En siete estudios se valoraron los tratamientos de la anorexia nerviosa. De estos, tres (publicados entre 2000 y 2003) utilizaron criterios «estrictos» del DSM-IV o la ICD-10. En cuatro estudios más recientes (publicados entre 2005 y 2010) se utilizaron criterios más amplios, relajando el criterio de peso corporal o el de amenorrea. En 11 estudios se valoraron los tratamientos de la bulimia y trastornos afines. Tres de estos (publicados entre 2000 y 2003) aplicaron criterios «estrictos» del DSM-IV o el DSM-III-R. En ocho de estos estudios (publicados entre 2001 y 2009) se utilizaron criterios más amplios, tales como los trastornos de la conducta alimentaria de tipo bulímico por lo demás no especificados o todos los trastornos de la conducta alimentaria sin peso subnormal además de la bulimia nerviosa.

Llegamos a la conclusión de que la bibliografía en torno a estudios clínicos refleja la deficiencia de los sistemas diagnósticos actuales al ampliar los criterios diagnósticos en un intento por reflejar la realidad clínica. En ningún estudio clínico publicado en los últimos siete años en las seis revistas se utilizó con exactitud los criterios del DSM-IV o la ICD-10. El resultado es que los criterios de inclusión difieren entre los estudios y la clasificación efectivamente ha perdido su propósito de definir el mismo grupo de pacientes entre los estudios de investigación y los contextos clínicos. Llegamos a la conclusión de que los cambios de la clasificación no invalidarán evidencia útil pues la mayor parte de la evidencia científica reciente se basa en criterios diagnósticos modificados.

CONTEXTO DE DESARROLLO

Un aspecto importante es la relación entre los trastornos de la alimentación y de la conducta alimentaria. Los problemas de la alimentación y la conducta alimentaria selectiva en la infancia se han descrito en los antecedentes de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria desde los primeros estudios de casos (23), pero se ha realizado escasa investigación sobre la continuidad entre los trastornos de la alimentación y la conducta alimentaria. La investigación disponible indica un grado de continuidad de los problemas de la conducta alimentaria desde la lactancia hasta la edad adulta (24-26). Por ejemplo, en un estudio prospectivo extenso, los problemas de la alimentación en la lactancia y la infraalimentación en la infancia pronosticaba anorexia nerviosa en la edad adulta con oportunidades relativas de 2,6 y 2,7 respectivamente (26). En el caso de la bulimia nerviosa, la evidencia se limita a un estudio retrospectivo que muestra que el antecedente de alimentación excesiva y de alimentación rápida en la infancia fue más frecuente en las mujeres con bulimia nerviosa que en sus hermanas no afectadas (25). Sin embargo, no se dispone de seguimientos a largo plazo de individuos con diagnóstico de trastornos de la alimentación en la infancia. Al mismo tiempo, las tendencias clínicas indican que es problemático el límite entre los trastornos de la alimentación de la infancia y los trastornos de la conducta alimentaria. Por una parte, hay la tendencia de los más jóvenes y los niños más pequeños a presentar síntomas que se parecen a los trastornos de la conducta alimentaria del «adulto» (27). Por otra parte, muchos adultos que presentan peso infranormal y alimentación restrictiva y selectiva no tienen las alteraciones psicopatológicas típicas relacionadas con el peso y la forma del cuerpo que son características de los trastornos de la conducta alimentaria y se describen mejor mediante los criterios de los trastornos de la alimentación (28-31).

Se ha señalado que la similitud entre las manifestaciones psicopatológicas relacionadas con la conducta alimentaria en los niños y en los adultos podría haberse confundido por el hecho de que los criterios existentes se aplican de manera rígida sin tomar en cuenta la etapa del desarrollo (28,32-34). Esto es más evidente en el requisito de cogniciones autonotificadas en torno al peso, la forma y la imagen corporal. Se ha argüido que los niños y algunos adolescentes pueden no tener la capacidad para formular y comunicar tales problemas debido a que su capacidad de pensamiento abstracto no está bien desarrollada (28,32,34). Se ha propuesto que los indicadores conductuales de tales problemas debieran aceptarse como una base para el diagnóstico, sea que los observen los profesionales clínicos o que los notifiquen progenitores, maestros u otros adultos (32,35,36). Por ejemplo, la observación de que el niño a me-

Tabla 1. Criterios diagnósticos de inclusión en los estudios clínicos recientes sobre los trastornos de la conducta alimentaria

Autor	Año	Tratamiento	Comparación	N	Grupo de Edad	Grupo Obejtivo	Criterios diagnósticos de inclusión
<i>Anorexia nerviosa y trastornos afines</i>							
Lock y cols. (5)	2010	Psicoterapia familiar	Psicoterapia individual	121	Adolescentes	Anorexia nerviosa	DSM-IV excluyendo el requisito de amenorrea
Loeb y cols. (6)	2007	Psicoterapia familiar		20	Adolescentes	Anorexia nerviosa	Anorexia nerviosa o anorexia nerviosa subumbral
Lock y cols. (7)	2005	Psicoterapia familiar (breve)	Psicoterapia familiar (prolongada)	86	Adolescentes	Anorexia nerviosa	Criterios de peso y amenorrea ligeramente relajados
McIntosh y cols. (8)	2005	CBT/interpersonal	Tratamiento clínico	56	Adultos	Anorexia nerviosa	Criterios de peso estrictos u obligatorios
Pike y cols. (9)	2003	CBT	Asesoría nutricional	33	Adultos	Anorexia nerviosa	DSM-IV
Dare y cols. (10)	2001	Psicoterapia psicoanalítica, cognitiva analítica y familiar	Tratamiento clínico	84	Adultos	Anorexia nerviosa	DSM-IV
Eisler y cols. (11)	2000	Psicoterapia multifamiliar	Psicoterapia familiar	40	Adolescentes	Anorexia nerviosa	DSM-IV o ICD-10
<i>Bulimia nerviosa y trastornos afines</i>							
Fairburn y cols. (12)	2009	CBT	Lista de espera		Adultos	Trastorno de la conducta alimentaria	Cualquier ED con IMC > 17.5
Schmidt y cols. (13)	2008	CBT computarizada	Lista de espera	96	Adultos	Bulimia nerviosa	Bulimia nerviosa o EDNOS de tipo bulímico
Schmidt y cols. (14)	2007	Psicoterapia familiar	CBT	85	Adolescentes	Bulimia nerviosa	Bulimia nerviosa o EDNOS de tipo bulímico
Le Grange y cols. (15)	2007	Psicoterapia familiar	Psicoterapia de apoyo		Adolescentes	Bulimia nerviosa	Bulimia nerviosa o bulimia nerviosa «parcial»
Banasiak y cols. (16)	2005	Autoayuda guiada	Lista de espera	109	Adultos	Bulimia nerviosa	Síndrome completo o subumbral
Walsh y cols. (17)	2004	Fluoxetina	Autoayuda	91	Adultos	Bulimia nerviosa	Alimentación compulsiva subjetiva y frecuencia de 1 por semana
Carter y cols. (18)	2003	CBT de autoayuda	Lista de espera	85	Adultos	Bulimia nerviosa	DSM-IV
Palmer y cols. (19)	2002	CBT de autoayuda	Lista de espera	121	Adultos	Bulimia nerviosa	Bulimia nerviosa parcial o trastorno por alimentación compulsiva
Hsu y cols. (20)	2001	Psicoterapia cognitiva	Asesoría nutricional	100	Adultos	Bulimia nerviosa	DSM-III-R
Safer y cols. (21)	2001	Psicoterapia conductual dialéctica	Lista de espera	31	Adultos	Bulimia nerviosa	Un episodio de alimentación compulsiva/purga a la semana
Agras y cols. (22)	2000	CBT	Psicoterapia interpersonal	220	Adultos	Bulimia nerviosa	DSM-III-R

CBT, psicoterapia cognitiva conductual; IMC, índice de masa corporal; ED, trastorno de la conducta alimentaria; EDNOS, trastorno de la conducta alimentaria por lo demás no específico.

nudo verifique su peso y forma corporal o exprese en dibujos aspectos de la imagen de sí mismo relacionada con la forma o el peso podría haberse tomado en cuenta como indicadores de preocupación por el peso y la forma en el contexto de las conductas alimentarias anormales. En el caso de la anorexia nerviosa, también se ha señalado que los subtipos restrictivos y de compulsión alimentaria y purgamiento a menudo representan etapas del desarrollo del mismo trastorno: los niños y los adolescentes más jóvenes por lo general presentan el tipo restrictivo y las conductas de compulsión alimentaria y purgamiento se presentan en una proporción de individuos en etapas más avanzadas (32,35,37).

El resumen de la evidencia indica que una sola clasificación aplicada a todos los grupos de edad y que tome en cuenta las características específicas del desarrollo describiría con más exactitud la evolución de estos trastornos y reflejaría la continuidad de las manifestaciones en los niños, los adolescentes y los adultos más que el sistema actual.

CONTEXTO CULTURAL

La conducta alimentaria desempeña un papel importante en casi todas las culturas. Los hábitos de alimentación aceptables varían ampliamente entre grupos religiosos y étnicos y los tras-

tornos de la conducta alimentaria se han conceptualizado como síndromes ligados a la cultura (38). En este contexto, es notable que la mayor parte de la investigación publicada se base en poblaciones norteamericanas y europeas. En el último decenio, se han acumulado estudios sobre los trastornos de la conducta alimentaria y trastornos afines provenientes de diversos países, tales como los países con bajos ingresos y los países que pasan por transiciones socioculturales (39-41) los cuales proporcionan información para una clasificación que es sensible a las variaciones locales (42).

La anorexia nerviosa ocurre en todas las culturas, pero la frecuencia es más alta en individuos que han estado expuestos a la cultura y los valores occidentales y los que viven en riqueza relativa (40,41,43). Por ejemplo, en la Isla Curasao del Caribe, todos los casos de anorexia nerviosa identificados ocurrieron en mujeres jóvenes de etnias mixtas que habían vivido algún tiempo en Estados Unidos o en países bajos; no había casos de anorexia nerviosa en la mayoría de las mujeres jóvenes de la Isla que fuesen negras y que no hubiesen radicado en el extranjero (40,44). La anorexia nerviosa es relativamente infrecuente en mujeres negras en África, El Caribe y Estados Unidos (45-47). En la República Checa, la incidencia de anorexia nerviosa aumentó bruscamente después de la caída de la Cortina de Hierro, lo cual se relacionó con la exposición a los medios de comunicación y los valores del estilo Occidental (41).

Además de la influencia sobre la prevalencia, la cultura también conforma la manifestación de la anorexia nerviosa. Por ejemplo, en el sureste de Asia, una mayor proporción de pacientes con anorexia nerviosa refieren molestias abdominales y otros factores como una justificación para una conducta alimentaria restrictiva (28,48). Sin embargo, los cuadros característicos con preocupaciones relativas al peso y la figura corporal y el temor a aumentar de peso también se han registrado en casi todas las culturas no occidentales (28,48-50) y las tasas de anorexia nerviosa como síndrome completo en el sureste de Asia son intermedias entre los países occidentales y las poblaciones africanas (50). Hay pruebas de que los pacientes que al principio muestran otras justificaciones a menudo adquieren un temor intenso a aumentar de peso (51) y que la proporción de pacientes que refieren temor a aumentar de peso se incrementa con la exposición a los valores culturales de Occidente (52). Esto indica que la anorexia con fobia al peso y con fobia a la falta de peso son manifestaciones del mismo trastorno dependientes del contexto. Por consiguiente, se recomienda que el temor al aumento de peso no sea un requisito necesario para el diagnóstico de anorexia nerviosa, siempre y cuando estén presentes las conductas que mantienen el peso infranormal u otra alteración psicopatológica indicativa de un trastorno de la conducta alimentaria.

La bulimia nerviosa se ha conceptualizado como intensamente ligada a la cultura occidental (38). El trastorno es más frecuente en individuos que están expuestos a la cultura occidental y que crecieron en una afluencia relativa (38,41,43). Aunque todos los síntomas que conforman la bulimia nerviosa se presentan en países no occidentales con bajos ingresos, el síndrome al parecer es menos frecuente en esos países que en Norteamérica y en Europa Occidental (43,49,50,53). La incidencia de la bulimia nerviosa aumenta en forma paralela a la exposición a los medios de comunicación y valores occidentales y se correlaciona con el grado de aculturación (41,43,52,54). Por tanto, la manifestación de la bulimia nerviosa y su separación de la anormalidad tienen que considerarse dentro del contexto cultural. Por ejemplo, los festines culturalmente sancionados

que van seguidos del uso de purgantes indígenas en las Islas del Pacífico no debieran medicalizarse, pero el empleo de algunos fitopurgantes en el contexto de la psicopatología típica y fuera de los sucesos culturalmente sancionados es un síntoma de un trastorno de la conducta alimentaria (39,55). Los motivos para tratar de lograr una forma de cuerpo delgada también pueden depender del contexto socioeconómico. Por ejemplo, en las sociedades que pasan por una transición económica, un cuerpo delgado puede percibirse como una comodidad valiosa que ayuda a obtener un trabajo lucrativo y garantizar el éxito profesional (42,56,57). Hay escasa evidencia con respecto a si tales variaciones culturales en las manifestaciones tengan una repercusión en el pronóstico a largo plazo y la respuesta al tratamiento. En Estados Unidos, los pacientes con bulimia nerviosa que pertenecen a minorías étnicas parecen responder a los mismos tratamientos psicológicos que los estadounidenses de origen europeo (58).

Los trastornos por alimentación compulsiva tienen una distribución relativamente igual en diferentes países y grupos étnicos, pero los detalles de la manifestación varían de una manera dependiente de la cultura. Las mujeres negras con trastorno por alimentación compulsiva en promedio tienen más peso, menos preocupaciones en torno al peso corporal, en la figura y la conducta alimentaria, un antecedente menos frecuente de bulimia nerviosa, pero grados similares de síntomas de depresión y alteración en comparación con las mujeres blancas que tienen el mismo diagnóstico (59). En general, las relaciones entre la alimentación compulsiva, la obesidad y la insatisfacción con el peso y la figura corporal, y la psicopatología general persiste entre los grupos étnicos (60,61). Aunque no se necesitan modificaciones de los criterios diagnósticos, las tasas más bajas de tratamiento entre las mujeres negras con trastorno por alimentación compulsiva indican que es necesario que los profesionales clínicos tengan más presentes los trastornos de la conducta alimentaria en grupos étnicos no europeos (59).

INESTABILIDAD TEMPORAL Y TRANSICIONES DIAGNÓSTICAS

Los estudios de seguimiento longitudinales de la anorexia y la bulimia nerviosa han revelado que en una proporción importante de los casos se modifica la categoría diagnóstica a otro trastorno de la conducta alimentaria (62-67). Los cruzamientos diagnósticos son más frecuentes en los primeros años de la enfermedad y siguen una secuencia previsible. La anorexia nerviosa restrictiva suele mutarse a la anorexia nerviosa con alimentación compulsiva/purgamiento antes de cruzarse a la bulimia nerviosa (68-72). Es menos frecuente el cruzamiento en la dirección opuesta. Si bien un tercio de los individuos con un diagnóstico inicial de anorexia nerviosa presentan bulimia nerviosa durante el seguimiento a 5-10 años, sólo 10% a 15% de los que tienen un diagnóstico inicial de bulimia nerviosa presentan anorexia (68,70,72). Las proporciones más considerables de sujetos con un diagnóstico inicial de bulimia nerviosa presentan un trastorno por alimentación compulsiva o un trastorno de la conducta alimentaria por lo demás no específico (EDNOS) (65,68). Hay múltiples transiciones entre las categorías de trastorno específico de la conducta alimentaria y el EDNOS y este último a menudo representa una etapa intermedia en la evolución al restablecimiento (68,73,74). Las transiciones diagnósticas también se extienden a una relación entre los trastornos de la alimentación en la infancia y los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia y la edad adulta. La

conducta alimentaria restrictiva y la hiperactividad suelen presentarse en niños y adolescentes que niegan alguna motivación de estas conductas por el temor a aumentar de peso, pero que más tarde muestran fobia al peso corporal y reciben el diagnóstico de un trastorno de la conducta alimentaria (28,33,35).

Es importante que una minoría significativa de casos muestre cruzamientos diagnósticos repetidos. Por ejemplo, la mitad de los que pasan de una anorexia nerviosa inicial a la bulimia nerviosa presenta una «recidiva» de la anorexia nerviosa al cabo de algunos años (70). En los trastornos crónicos de la conducta alimentaria, las transiciones diagnósticas son la regla y la mayoría de los pacientes persisten con la enfermedad durante un mínimo de varios años cambiando la categoría diagnóstica una o más veces (68,70,72). La depresión y el abuso de alcohol concomitantes se relacionan con más inestabilidad diagnóstica en los trastornos de la conducta alimentaria (68). Con estas tasas de transiciones, resulta claro que los diagnósticos sucesivos representan etapas del mismo trastorno más que trastornos diferentes.

La comorbilidad sucesiva evidente de diversos trastornos de la conducta alimentaria probablemente es un artefacto que surge de aplicar un sistema de categorías diagnósticas demasiado específicas con problemas psicopatológicos superpuestos. En la ICD-10 y el DSM-IV las diversas categorías de trastornos alimentarios son mutuamente exclusivas, de manera que no pueden diagnosticarse de manera simultánea. Sin embargo, no hay tal restricción para los diagnósticos sucesivos y ni la ICD-10 ni la DSM-IV toman en cuenta la evolución psicopatológica longitudinal.

Esta situación es claramente insatisfactoria. Por una parte crea la impresión de un patrón demasiado complejo de la comorbilidad sucesiva y por otra parte pasa por alto información importante para el pronóstico. Por ejemplo, se demostró que en pacientes con bulimia nerviosa activa un antecedente de anorexia nerviosa se relaciona con una disminución de la probabilidad de restablecimiento y un riesgo mucho más alto de evolucionar a la anorexia nerviosa (75). Se ha propuesto que la bulimia nerviosa se subclasifique de acuerdo con el antecedente de anorexia nerviosa (75). Una solución más radical al problema de la comorbilidad sucesiva artificial puede precisar restricciones a cambios frecuentes de las categorías diagnósticas (p. ej., el diagnóstico de anorexia nerviosa puede conservarse durante un año después de la normalización del peso) o establecer una categoría combinada de trastorno de la conducta alimentaria para captar los casos que en forma sucesiva cumplen los criterios de la anorexia y la bulimia nerviosa y tienen una tendencia a cambiar repetidamente las manifestaciones.

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Los trastornos de la alimentación de la lactancia y la infancia y los trastornos de la conducta alimentaria de la adolescencia y la edad adulta se clasifican en diferentes secciones de la ICD-10 y el DSM-IV. Los trastornos de la alimentación en la infancia y la lactancia comprenden el rehusarse a tomar alimento y la alimentación selectiva (caprichosa), la regurgitación de comida con o sin remasticación o el consumo de sustancias no comestibles (pica). Esta clasificación tiene problemas importantes ya que incluye un trastorno heterogéneo con límites no claros de los trastornos de la conducta alimentaria y dos trastornos menos frecuentes y más específicos que ocurren tanto en niños como en adultos (76,77).

Se han propuesto clasificaciones alternativas de los trastornos de la alimentación que intentan reconceptuar esta categoría

heterogénea bajo cuatro a seis categorías específicas (78-80) o resaltar la importancia del contexto de la relación de la alimentación y el papel del cuidador primario (80,81). Los problemas radican en que los subtipos específicos dejan sin clasificar a un gran número de cuadros clínicos y algunos precisan asignación de una sola causa a trastornos que son multifactoriales. Por consiguiente, no se ha aceptado ninguna de estas propuestas. La situación es más clara para la pica y la regurgitación, que son síndromes relativamente definidos. Sin embargo, estos dos son frecuentes en adultos y en el contexto de otros trastornos mentales (p. ej., autismo y discapacidad del aprendizaje) y estados fisiológicos (deficiencia de hierro, embarazo). Se propone que la pica y el trastorno por regurgitación debieran diagnosticarse basándose en la conducta e independientemente de la edad (76).

Trastorno por evasión o restricción de la ingestión de alimentos

Se ha propuesto el trastorno por evasión o restricción de la ingestión de alimentos (ARFID, por sus siglas en inglés) para reemplazar la categoría inespecífica de trastorno alimentario de la lactancia o de la infancia temprana y, además, para incluir explícitamente casos de adolescentes y adultos que tienen una ingesta de alimentos inadecuada por factores psicológicos debido a motivos relacionados con las propiedades físicas o las consecuencias temidas de ingerir tipos específicos de alimento que no sean los efectos sobre el peso y la figura corporal (76).

El ARFID se superpone a la anorexia nerviosa por lo que respecta a la restricción de la ingesta de alimentos y el peso subnormal resultante, pero difiere en la alteración psicopatológica y en los motivos para la alimentación restrictiva. Estos comprenden el evitar tipos de alimentos de color o consistencia que son específicos o limitar la ingesta de alimentos a un pequeño número de tipos de alimento «seguro» debido a las consecuencias para la salud percibidas. El ARFID no suele relacionarse con alteraciones burdas de la imagen corporal.

Puesto que hay una gran variación normal de los hábitos de alimentación en los niños y los adultos, es importante la diferenciación con respecto a la normalidad. Por regla el ARFID sólo se debiera diagnosticar cuando la alimentación restrictiva o evasiva es una causa de nutrición inadecuada que puede acompañarse de retraso del crecimiento en los niños, debilidad, anemia y otras consecuencias médicas en cualquier grupo de edad, o el desarrollo inadecuado del feto en las mujeres embarazadas. Las costumbres alimentarias aceptadas por extensos grupos de personas, como vegetarianismo o ayuno religioso, no constituyen una base para el diagnóstico de ARFID.

La categoría de ARFID propuesta se adapta a la orientación general de fusionar los trastornos de la alimentación y de la conducta alimentaria y ampliar las categorías diagnósticas a todos los grupos de edad. También representa una categoría apropiada para algunos casos que anteriormente recibían el diagnóstico de EDNOS. Puesto que el ARFID es un concepto nuevo, proponemos que se incluya en la ICD-11 como una categoría que precisa pruebas adicionales. En concreto, se deben investigar los límites entre el ARFID y la anorexia nerviosa, que comprenden las manifestaciones fóbicas a no grasas determinadas por factores culturales, y entre el ARFID y las fobias específicas. También cabe de esperar que la inclusión del ARFID estimule la investigación de la continuidad entre los cuadros sintomáticos de niños y adultos.

Pica

La pica designa el consumo de sustancias no alimenticias como tierra, tiza, objetos metálicos o de plástico, pelo o heces. En la ICD-10 y el DSM-IV la pica se incluye entre los trastornos que suelen iniciarse en la infancia y la adolescencia y las presentaciones en adultos se clasifican en otra parte (p. ej., como un EDNOS). Puesto que la pica a menudo es objeto de atención en la edad adulta, se propone que no haya restricciones de edad para su diagnóstico (76). La pica sólo exige un diagnóstico cuando es grave, origina consecuencias adversas (p. ej., intoxicación por metales pesados o infestación de parásitos), no ocurre en forma exclusiva durante sucesos socialmente sancionados (p. ej., rituales religiosos) o costumbres culturalmente aceptadas (p. ej., comer arcilla en Nigeria) y no es explicable completamente por otro trastorno mental (p. ej., psicosis o trastorno obsesivo-compulsivo). El consumo de sustancias no alimenticias también suele ocurrir durante el embarazo y no se debe diagnosticar pica en mujeres embarazadas a menos que sea de una magnitud no usual o causa de problemas de salud.

Trastorno por regurgitación

El trastorno por regurgitación describe el retorno iterativo del alimento previamente digerido del estómago hasta la boca y escupirlo o volverlo a masticar. Fue incluido en la ICD-10 y en el DSM-IV bajo el nombre de trastorno por rumiación. Puesto que la rumiación suele utilizarse para describir un proceso psicológico que conlleva pensamientos repetitivos, proponemos cambiar el término a «trastorno por regurgitación» para evitar la confusión. El trastorno por regurgitación previamente se clasificaba en la sección de trastornos con inicio específico en la infancia, pero a menudo aparece inicialmente durante la edad adulta. Por tanto, debiera diagnosticarse sin restricciones de edad (76).

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA POR LO DEMÁS NO ESPECÍFICOS (EDNOS)

El campo de los trastornos de la conducta alimentaria ha evolucionado en torno a los conceptos de anorexia y bulimia nerviosa. Sin embargo, cuando se aplican los criterios del DSM-IV a los pacientes que acuden a los servicios de atención a los trastornos de la conducta alimentaria, el diagnóstico más frecuente es el de EDNOS. La proporción de pacientes con diagnóstico de EDNOS es congruente en todos los contextos y grupos de edad y aproximadamente 60% de los pacientes remitidos a los servicios de atención a los trastornos de la conducta alimentaria de niños, adolescentes o adultos se clasifican como EDNOS (82-84).

En la ICD-10, los EDNOS se dividen entre anorexia nerviosa atípica, bulimia nerviosa atípica, otros trastornos de la conducta alimentaria y trastorno de la conducta alimentaria no específico. Sin embargo, esto no mejora la situación, ya que los diagnósticos de anorexia atípica y bulimia atípica no son muy fiables y casi 40% de los pacientes todavía reciben los «otros» diagnósticos residuales o «inespecíficos» (82). También hay confusión en torno al significado de la «anorexia nerviosa atípica». En la ICD-10, la anorexia nerviosa atípica se definió como un trastorno que se parece a la anorexia nerviosa, pero que no cumple todos los criterios diagnósticos (p. ej., no hay amenorrea o no hay un grado suficiente de pérdida de peso).

En la bibliografía se utiliza el término «anorexia nerviosa atípica» de manera más restringida para describir un trastorno de la conducta alimentaria con peso subnormal importante pero sin problemas relativos a la forma o el peso corporal (85,86). Por estos motivos, se llega a la conclusión de que la ICD-10 es tan insatisfactoria como el DSM-IV.

La causa de los problemas actuales es que los criterios para el diagnóstico de trastornos específicos de la conducta alimentaria, como la anorexia y la bulimia nerviosa, son demasiado estrecho y rígidos. De hecho, las definiciones de los trastornos de la conducta alimentaria son algo anómalas al exigir la confluencia de todos los criterios, en vez de un número mínimo de una lista de síntomas más larga. Por ejemplo, para el diagnóstico de un episodio depresivo es necesario que se presenten cinco de nueve síntomas, pero para el diagnóstico de anorexia nerviosa es necesario que se presenten cuatro (peso infranormal, temor a aumentar de peso, alteración de la imagen corporal y amenorrea). Este requisito rígido significa que cuando no se presenta alguno de los cuatro síntomas el diagnóstico es el de EDNOS, aun cuando el cuadro clínico por lo demás semeje a la anorexia nerviosa característica. Una proporción importante de los EDNOS consta de tales casos subumbral. Los tipos frecuentes de EDNO comprenden anorexia nerviosa sin amenorrea, anorexia nerviosa sin temor a aumentar de peso, anorexia nerviosa que no cumple el criterio de pérdida de peso, la bulimia nerviosa con episodios de alimentación compulsiva que no son objetivos (es decir, no conllevan una cantidad de alimento que es definitivamente más considerable que lo que la mayoría de las personas consumiría), bulimia sin episodios de alimentación compulsiva (trastorno por purgamiento), bulimia sin purgamiento (trastorno de la conducta alimentaria por alimentación convulsiva) y bulimia nerviosa con alimentación compulsiva y conductas compensadoras que ocurren con una frecuencia menor de dos veces a la semana durante tres meses (29,84). Por ejemplo, en una clínica especializada en trastornos de la conducta alimentaria, la anorexia subumbral y la bulimia nerviosa contribuyeron a 83% de los EDNOS (84).

El diagnosticar a la mayoría de los pacientes EDNOS no es útil por varios motivos. En primer lugar, los EDNOS representan un grupo muy heterogéneo en lo que respecta a manifestaciones clínicas, pronóstico, secuelas físicas y resultados de tratamiento (37,84). En segundo lugar, la mayoría de los casos de EDNOS representan una fase de un trastorno de la conducta alimentaria en individuos que cumplieron los criterios de anorexia o bulimia nerviosa en otras ocasiones (29,73). En tercer lugar, el carácter residual de esta categoría transmite implícitamente que es un trastorno menos grave. Esto contrasta con la gravedad demostrada, alterando el carácter, y un pronóstico grave que comprende un incremento de la mortalidad en los EDNOS (87,88). Por último, los EDNOS no tienen repercusiones específicas en la selección del tratamiento o la prestación de servicios. Ha habido una tentativa de introducir un tratamiento «transdiagnóstico» que sería eficaz en casi todos los tipos de trastornos de la conducta alimentaria, pero la evidencia publicada sobre este tratamiento descarta los trastornos de la conducta alimentaria con peso subnormal y luego se adapta mejor a una categoría más amplia de bulimia nerviosa (12). Se ha adoptado un enfoque similar en estudios clínicos recientes en la bulimia nerviosa, que también incluyó EDNOS similar a la bulimia (13-15). Llegamos a la conclusión de que el uso generalizado y continuado de EDNOS no sería útil y podría ser dañino.

Se han hecho una serie de propuestas para reducir la dependencia en el EDNOS. La mayor parte de las propuestas

comprenden ampliar los criterios diagnósticos para anorexia y bulimia nerviosa de manera que comprendan una proporción de casos en la actualidad diagnosticados como EDNOS. Las expansiones propuestas de los criterios para la anorexia nerviosa comprenden: omitir el requisito de amenorrea, relajar el criterio de peso subnormal y relajar el requisito de temor a aumentar de peso. La ampliación propuesta de los criterios para la bulimia nerviosa comprende reducir la frecuencia como requisito para el diagnóstico de alimentación compulsiva y conducta compensadora y omitir el criterio de «objetividad» de la alimentación compulsiva (requisito de que un episodio de alimentación compulsiva conlleve consumir una cantidad extraordinariamente abundante de alimentos). Los estudios preliminares en adolescentes y adultos indican que el abolir el criterio de objetividad en el diagnóstico de alimentación compulsiva tiene la misma repercusión en reducir el empleo de la categoría residual (29,84). Dependiendo del grado de ampliación, las categorías extendidas pueden disminuir el empleo de EDNOS en forma moderada (68,89) o casi eliminar su uso (90).

La otra serie de propuestas comprende introducir categorías diagnósticas más específicas. Hay mucho apoyo a la introducción del trastorno por alimentación compulsiva (91,92). Otras categorías adicionales propuestas son el trastorno por purgamiento (93) y el síndrome de alimentación nocturna (94). Se ha propuesto una categoría mixta del trastorno de la conducta alimentaria con características tanto de anorexia como de bulimia nerviosa para captar los casos que no fácilmente se ajustan al prototipo de un trastorno específico de la conducta alimentaria (95). Por último, hay la propuesta que incluye relajar el criterio estricto de que deben estar presentes todos los síntomas definitorios para establecer un diagnóstico y señala una lista de síntomas de los cuales debe haber uno o más presentes para cumplir un criterio diagnóstico (96).

Si bien todas las propuestas anteriores parecen ser plausibles y cada una reduciría la necesidad de EDNOS, es difícil estimar la repercusión de combinar los aspectos de las diversas propuestas. Así mismo, la adopción completa de algunas de las propuestas conlleva sus problemas. Por ejemplo, el sistema de clasificación alternativo propuesto por Hebebrand y Bulik (96) representa conceptualmente la modificación más sólida de la clasificación actual, al eliminar el requisito de que estén presentes todos los síntomas, pero sólo se ocupa de la anorexia nerviosa y no admite síntomas relativamente inespecíficos como irritabilidad y depresión del estado de ánimo como factores que contribuyen al diagnóstico, lo que plantea inquietudes con respecto a con cuánta eficacia diferenciaría de los trastornos con respecto a otros agrupamientos. En resumen, estamos a favor de combinar la introducción del trastorno por alimentación compulsiva como una categoría específica adicional con ampliación considerable de los criterios diagnósticos, de una manera similar a la propuesta por Walsh y Sysko (97), la cual se ha demostrado que prácticamente elimina el empleo de EDNOS (90) y es compatible con las tendencias recientes en la bibliografía de estudios clínicos (tabla 1).

No está claro si el trastorno por purgamiento o el síndrome de alimentación nocturna será aún necesario cuando se amplíen los criterios para anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por alimentación compulsiva. Las pruebas disponibles indican que la mayoría de las personas con trastorno por purgamiento tienen episodios de alimentación compulsiva subjetivos y por tanto la eliminación del requisito de una cantidad considerable de alimento ingerido durante un episodio de alimentación compulsiva puede ser suficiente para clasificar

a la mayoría de estos individuos bajo la categoría de bulimia nerviosa, lo cual no difiere del trastorno por purgamiento en lo que respecta a alteración y respuesta al tratamiento (12,98). La mayoría de los casos del síndrome de alimentación nocturna puede incluirse bajo la categoría amplia de trastorno por alimentación compulsiva. El problema restante es el relativo a los casos que a menudo cambian el cuadro clínico y en forma sucesiva cumplen los criterios para diferentes trastornos de la conducta alimentaria. Siguiendo las recomendaciones de Fairburn (95), apoyamos el empleo de una categoría mixta. Sin embargo, para evitar la redundancia cuando se aplica junto con categorías específicas más amplias, proponemos reservar tal categoría para los casos relativamente graves que cumplen los criterios tanto de anorexia como de bulimia nerviosa en forma concomitante o secuencial. Esta categoría puede denominarse en forma más apropiada trastorno «combinado» más que trastorno «mixto» de la conducta alimentaria.

ANOREXIA NERVIOSA

La anorexia nerviosa es el trastorno prototípico de la conducta alimentaria que continuamente se ha descrito desde el Siglo IX (99,100). En la ICD-10 y el DCM-IV se define por cuatro criterios, todos los cuales son necesarios para el diagnóstico. Tres de estos básicamente son los mismos en los dos sistemas, a saber: peso corporal bajo (mantenido en un índice de masa corporal), índice de masa corporal (IMC) < 17,5 o por debajo de 85% del peso esperado para la estatura, la edad y el género sexual), alteraciones de la imagen corporal y amenorrea. El cuarto criterio difiere entre las dos clasificaciones: en la ICD-10, es un requisito que el peso bajo sea autoprovocado a través de la restricción de alimentos o la conducta purgante. En el DSM-IV es necesario un temor intenso a aumentar de peso o a engordar. En el DSM-IV, la anorexia nerviosa se divide además en subtipos restrictivo y de alimentación compulsiva/purgamiento.

Se han criticado estas clasificaciones por varios motivos. En primer lugar, el requisito de los cuatro criterios completos excluye una proporción importante de cuadros clínicos que se ajustan al prototipo de la anorexia nerviosa. Sobre esta base se han criticado los requisitos de amenorrea, umbral de peso corporal bajo y fobia a engordar. En segundo lugar, estos criterios no toman en cuenta las variaciones culturales; en las culturas no occidentales una menor proporción de los casos comunica temor a aumentar de peso. En tercer lugar, se ha argüido que los criterios actuales omiten la hiperactividad, que es una característica sobresaliente en la presentación de la anorexia nerviosa (96). Los problemas con los criterios diagnósticos actuales se reflejan en el hecho de que la mayor parte de los estudios clínicos recientes han utilizado criterios de inclusión más amplios, que en su mayor parte relajan los criterios de peso corporal y amenorrea (cuadro 1). Analizaremos primero la fundamentación para retener u omitir cada criterio específico y luego abordaremos el concepto diagnóstico y las propuestas para la modificación.

La amenorrea, definida como la abolición de tres hemorragias menstruales consecutivas, es una manifestación frecuente de la anorexia nerviosa que se relaciona en alto grado con un peso subnormal y el ejercicio excesivo y que puede tener repercusiones en el pronóstico por lo que respecta a la densidad mineral ósea y los resultados en cuanto a la fecundidad. Sin embargo, hay varios hechos que vuelven problemática la amenorrea como criterio diagnóstico. En primer lugar, no es apli-

cable a las niñas antes de la menarquia, a las mujeres posmenopáusicas, a las mujeres que toman preparados hormonales ni a los hombres. La ICD-10 ha propuesto un equivalente masculino de alteración hormonal que se manifiesta como «pérdida del interés y la potencia sexual», que no obstante pocas veces es valorado o investigado y cuya contribución al diagnóstico no está clara. En segundo lugar, una minoría importante de las mujeres (5% a 25% en las muestras clínicas) que por lo demás cumplen los criterios para la anorexia nerviosa y que precisan atención clínica, menstrúan y en consecuencia se clasifican como EDNOS. En tercer lugar, el requisito de pasar por alto tres menstruaciones consecutivas interfiere en el diagnóstico oportuno y el tratamiento. Hay un amplio acuerdo en que la amenorrea no debe establecerse como requisito para el diagnóstico de la anorexia nerviosa, pero que debiera registrarse ya que puede ser un indicador de la gravedad y puede ayudar a distinguir entre la delgadez inespecífica y la anorexia (101).

El criterio de bajo peso corporal es la característica definitoria de la anorexia nerviosa, pero se ha debatido su especificación exacta. Múltiples mujeres que cumplen con el prototipo estricto de la anorexia nerviosa no tienen el criterio de peso corporal de $IMC < 17,5$ (o peso corporal inferior a 85% del esperado para la edad y la estatura) y se clasifican como EDNOS. Dependiendo de la constitución corporal, el umbral antes señalado para el peso subnormal puede verse como demasiado alto o demasiado bajo en casos individuales. Por tanto, se ha propuesto que este umbral se relaje o se deje a criterio clínico (www.dsm5.org). **Esta propuesta tiene la ventaja de reducir el empleo de los EDNOS no informativos, pero conlleva el riesgo de pérdida de la objetividad y de información importante.** Se ha demostrado una y otra vez que el peso subnormal grave es un indicador potente de un pronóstico desfavorable y de mortalidad (102-105) y se suele utilizar como una indicación para el tratamiento intrahospitalario. Proponemos relajar el criterio de peso subnormal en la definición de peso subnormal de la OMS ($IMC < 18,5$) con un margen para el criterio clínico, y el registro de un antecedente de peso subnormal grave (es decir, $IMC < 14,0$) como un calificativo de gravedad (un peso corporal peligrosamente bajo). El peso corporal bajo sólo se considera un síntoma de anorexia nerviosa si se debe a la conducta alimentaria del individuo más que a factores como un trastorno médico o la inaccesibilidad a alimento.

El temor patológico a aumentar de peso es un requisito para el diagnóstico de anorexia nerviosa en el DSM-IV. En la ICD-10, el temor a engordar se incluye bajo el criterio de distorsión de la imagen corporal. Este ha sido tal vez el criterio más debatido. El requisito del temor a engordar es problemático tanto desde el punto de vista del desarrollo como cultural. Durante el desarrollo, los niños raras veces notifican el temor a aumentar de peso y pueden precisar una capacidad de razonamiento abstracto que sólo se desarrolla durante la adolescencia (32). Entre las culturas, las mujeres con anorexia nerviosa por lo demás característica en países no occidentales informan con menos frecuencia el temor a engordar como el motivo del ayuno voluntario (48,106). Incluso en países occidentales, una minoría importante de los pacientes informa no tener temor a aumentar de peso y en consecuencia se clasifican como EDNOS (106-108). Se ha señalado que la fobia a engordar suele surgir durante la recuperación del peso en pacientes que previamente han negado algún temor a aumentar de peso (51). La dependencia en el desarrollo, la cultura y la etapa de la enfermedad son factores que se contraponen a la utilidad de la fobia a aumentar de peso como un criterio diagnóstico. Sin embargo, también se ha

argüido que el temor a aumentar de peso es parte de la alteración psicopatológica definitoria central de la anorexia nerviosa (109). Proponemos extender este criterio para incluir la preocupación por el peso corporal y la figura, las preocupaciones por los alimentos y la nutrición y las conductas persistentes cuyo propósito son reducir la ingesta de energía o aumentar el consumo de energía.

La alteración de la imagen corporal es un aspecto notable de la anorexia nerviosa y se establece como requisito tanto en la ICD-10 como en el DSM-IV. Comprende tanto la percepción del propio cuerpo o sus partes como más grandes de lo que son y la falta de reconocimiento de la importancia del peso subnormal. Las alteraciones de la imagen corporal a menudo preceden a otros síntomas y su persistencia tras la recuperación de peso tiene importancia para el pronóstico. En el DSM-5 se ha recomendado sólo un cambio leve en la descripción de este criterio y estamos de acuerdo con mantener este criterio básicamente sin cambio. Los casos de restricción de la alimentación sin psicopatología relacionada con la imagen corporal pueden clasificarse mejor como ARFID.

La hiperactividad es una característica notable de muchos casos de anorexia nerviosa y es un criterio que permite distinguir de otras causas de inanición. La hiperactividad no figura entre los criterios en la ICD-10 ni en el DSM-IV. Se ha recomendado incluirla bajo los indicadores conductuales de la anorexia nerviosa (96). Sin embargo, puesto que la hiperactividad no se presenta en todos los casos de anorexia nerviosa por lo demás atípicos y su manifestación puede depender de la etapa de la enfermedad, proponemos incluirla como un criterio de apoyo que ayude a distinguir entre la anorexia nerviosa y la normalidad en casos de peso subnormal limítrofe.

En el DSM-IV, la anorexia nerviosa se clasifica además en subtipos restrictivo y de alimentación compulsiva/purgamiento según se presenten las conductas de alimentación compulsiva y purgación. Esta clasificación por subtipos se ha criticado pues los subtipos suelen representar etapas de la evolución de la misma enfermedad y no pronostican de manera uniforme el desenlace (69). Si bien los niños y los adolescentes más jóvenes suelen presentar síntomas restrictivos, las conductas de alimentación compulsiva y purgación aparecen en la mayoría en las etapas más avanzadas (69,110). Se ha observado que la conducta de purgación pronostica un desenlace insatisfactorio en algunos estudios pero no en otros (69,105,110). La anorexia nerviosa con alimentación compulsiva y purgación tiene una alta tasa de transiciones diagnósticas con la bulimia nerviosa (68,70). Para evitar los cambios repetidos en el diagnóstico, proponemos que la anorexia nerviosa con conducta de alimentación compulsiva y purgación se clasifique como un trastorno de la conducta alimentaria combinado. La categoría propuesta de «trastorno combinado de la conducta alimentaria» incluirá casos que se clasificaban como anorexia nerviosa, subtipo de alimentación compulsiva así como casos que muestran en forma sucesiva síntomas de anorexia y bulimia clínicamente importantes.

BULIMIA NERVIOSA

La bulimia nerviosa se describió por primera vez en 1979 como una variante de la anorexia nerviosa (111) y poco después se aceptó como un diagnóstico diferente. En la ICD-10 y en el DSM-IV se define la bulimia nerviosa conforme a tres criterios: alimentación compulsiva recidivante, conducta compensadora recurrente y preocupación por el propio peso o fi-

gura corporal, todos los cuales son requisitos para establecer el diagnóstico.

En general la bulimia nerviosa es una categoría válida (112) que se utiliza en el ejercicio clínico (113) y su tratamiento tiene una amplia base de evidencia científica (114). Sin embargo, se han criticado diversos aspectos del criterio de alimentación compulsiva por volver demasiado restrictivo el diagnóstico y dar lugar a una proporción considerable de pacientes con problemas parecidos a la bulimia que se clasifican bajo la categoría de EDNOS. La necesidad de una categoría más amplia se refleja en la bibliografía sobre estudios clínicos y ocho de los 11 estudios recientes utilizan criterios más amplios (tabla 1). Los dos aspectos de la definición que se han relajado en estos estudios y descrito en la bibliografía son la cantidad de alimento que se ingiere en un episodio de alimentación compulsiva y la frecuencia de la conducta de alimentación compulsiva y purgamiento.

Primeramente abordaremos la cantidad de alimento que se consume. Tanto la ICD-10 como el DSM-IV especifican que la alimentación compulsiva sólo se presenta cuando una cantidad extraordinariamente abundante de alimento se ingiere en una ocasión y el sujeto pierde el control con relación a la ingestión excesiva de alimento (es decir, se siente incapaz de dejar de comer o de limitar la cantidad o el tipo de alimento que ingiere). Sin embargo, varios estudios han resaltado el hecho de que muchos pacientes refieren consumir cantidades de alimento que objetivamente pueden parecer normales, pero que subjetivamente se consideran demasiado abundantes (115,116). Los episodios de alimentación que se acompañan de la pérdida subjetiva del control pero que no conllevan la ingestión de una cantidad excesiva de alimentos se describen como alimentación compulsiva «subjetiva» (117). En diversos estudios se ha comparado a los pacientes que presentan alimentaciones compulsivas «subjetivas» y «objetivas» y han demostrado pocas o ninguna diferencia clínicamente importante (116-118, 121). Si bien los episodios de conducta alimentaria compulsiva objetiva se relacionan con un índice de masa corporal más alto (116,119) así como más impulsividad (118), los episodios de conducta alimentaria compulsiva subjetivos y objetivos muestran un patrón similar de comorbilidad psiquiátrica (116,118-122), se asocian a grados similares de utilización de servicios de salud (116,119) y tienen una respuesta similar al tratamiento (12,120). La bibliografía señala que la experiencia subjetiva de pérdida del control con respecto a la ingestión de alimento es la característica definitoria central de la alimentación compulsiva que se relaciona con trastornos psicopatológicos y la calidad de vida, sea cual sea la cantidad de alimento que se ingiera, tanto en adultos (122,123) como en niños (124). Por tanto, se ha propuesto que se elimine el requisito de una cantidad excesiva de alimento (116,119). La abolición del requisito de una cantidad excesivamente abundante de alimento es la modificación que reduce bastante el empleo de EDNOS y permite que la mayor parte de los cuadros clínicos similares a la bulimia se clasifiquen como bulimia nerviosa (29,84,90).

El otro aspecto debatido de los criterios diagnósticos es la frecuencia de la compulsión alimentaria y el purgamiento que se establece como requisito para el diagnóstico. Este criterio es descrito de manera diferente en la ICD-10 y en el DSM-IV. Si bien la ICD-10 simplemente establece que se repita la conducta de alimentación impulsiva y compensadora, el DSM-IV especifica una frecuencia mínima de dos episodios de alimentación compulsiva y purgamiento a la semana durante un mínimo de tres meses. Aunque hay un consenso general en que el diagnóstico no se debiera aplicar a casos de episodios infrecuentes de ali-

mentación compulsiva, no hay datos que respalden una frecuencia específica y la mayoría de los investigadores y profesionales clínicos recomienda eliminar o reducir el criterio de frecuencia (125). Puesto que al parecer no hay diferencias significativas entre los sujetos que se alimentan en forma compulsiva dos o más veces frente a los que se alimentan en forma compulsiva una vez a la semana (126), al parecer es procedente reducir o relajar el criterio de frecuencia. Aunque el disminuir el requisito de frecuencia a una vez por semana tiene en sí un efecto relativamente moderado, aunado a permitir los episodios subjetivos de alimentación compulsiva dará por resultado una reducción considerable del empleo de la categoría EDNOS (29,90).

El requisito del temor a engordar (ICD-10) o una influencia excesiva del peso y la figura corporal en la evaluación de sí mismo (DSM-IV) es adecuado en casi todos los contextos de adultos occidentales, pero puede ser problemático en niños y en culturas no occidentales (28,32). Se propone que este criterio se aplique de manera flexible, que incluya manifestaciones dependientes de la etapa del desarrollo y específicas de la cultura y considere equivalentes conductuales como indicadores psicopatológicos específicos del trastorno de la conducta alimentaria (32,42).

En el DSM-IV la bulimia nerviosa se clasifica además en subtipos caracterizados por purgamiento y no purgamiento. El subtipo sin purgamiento se define por conductas compensadoras que están limitadas al ayuno y el ejercicio y que representan una minoría relativamente pequeña en pacientes con bulimia nerviosa. En la práctica se utiliza poco la subclasificación de la bulimia nerviosa (113) y prácticamente no hay datos que respalden su validez o utilidad (127). Por lo que respecta a la gravedad, la bulimia nerviosa sin purgamiento al parecer es intermedia entre la bulimia nerviosa con purgamiento y el trastorno de la conducta alimentaria compulsiva (127). Se ha propuesto abandonar la subclasificación o eliminar las conductas sin purgamiento de la lista de conductas compensadoras inadecuadas que definen a la bulimia nerviosa (127). El adoptar la última propuesta significaría que los casos antes clasificados como bulimia sin purgamiento se diagnosticarían como trastornos de la alimentación compulsiva. Se ha propuesto como alternativa subclasificar la bulimia nerviosa basándose en el antecedente de anorexia nerviosa, lo cual tiene más validez previsiva (75). Consideramos que esta propuesta puede aplicarse como parte del trastorno combinado de la conducta alimentaria. Ante la falta de datos en uno u otro sentido, estamos a favor de retener las conductas compensadoras no purgativas en la definición de la bulimia nerviosa.

TRASTORNO POR ALIMENTACIÓN COMPULSIVA

El trastorno por alimentación compulsiva, caracterizado por alimentación compulsiva recidivante sin conductas compensadoras, fue descrito en 1959 pero se convirtió en centro de la atención clínica y de la investigación apenas en los últimos dos decenios. No se incluyó en la ICD-10, pero se enumeró en el DSM-IV como un diagnóstico provisional que precisaba más valoración. A partir de entonces se ha acumulado una gran cantidad de investigación y en la actualidad el trastorno por alimentación compulsiva se considera una categoría válida y útil (91,92).

El trastorno por alimentación compulsiva está muy relacionado con la obesidad y casi dos tercios de las personas afectadas son obesas. El trastorno por alimentación compulsiva a menudo se presenta simultáneamente con otros trastornos

mentales, sobre todo ansiedad y depresión (128) y sin embargo ha resultado diferente de estos y no un simple indicador de una alteración psicopatológica general (129). La distinción entre el trastorno por alimentación compulsiva y la bulimia nerviosa es menos clara y en muchos casos las dos categorías representan diferentes etapas del mismo trastorno (65,68). Los pacientes con trastorno por alimentación compulsiva son en promedio mayores que los que tienen bulimia nerviosa y alrededor de dos tercios tienen un antecedente de utilizar conductas compensadoras inadecuadas, lo que señala un diagnóstico previo de bulimia nerviosa (130). Aunque los problemas de peso y figura no son requisitos para el diagnóstico del trastorno por alimentación compulsiva, suelen ser parte del cuadro clínico (131,132).

Al igual que en la bulimia nerviosa, los criterios diagnósticos específicos para el trastorno por alimentación compulsiva han sido tema debatible. En el DSM-IV, era requisito que los episodios de alimentación compulsiva consistieran en comer una cantidad de alimento que definitivamente fuese más abundante que lo que la mayoría de los individuos comería en una situación similar y que el individuo presentara pérdida del control con respecto a la ingestión de alimento (es decir, que se sienta incapaz de dejar de comer o de limitar la cantidad o el tipo de alimento que ingiere). Sin embargo, de un modo similar a los episodios de alimentación compulsiva en la bulimia nerviosa, se observó que la pérdida del control es la característica definitoria central de la alimentación compulsiva (133). Aunque la cantidad de alimento ingerido suele ser considerable, es menos útil como un factor definitorio, porque los episodios de alimentación compulsiva implican consumir cantidades de alimento que objetivamente no suelen ser abundantes pero que así las considera el individuo y se asocian a alteraciones psicopatológicas y disfunciones similares (133). Además, la alimentación compulsiva a menudo se caracteriza por comer sin compañía debido a la vergüenza, el comer otros tipos de alimentos y sensaciones de culpa y disgusto. El DSM-IV establece como requisito que la alimentación compulsiva se acompañe de ansiedad y en general se apoya la validez de este criterio adicional (134).

La duración del episodio de alimentación compulsiva es variable. La mayor parte de los episodios duran menos de dos horas, pero se han descrito episodios prolongados como días de alimentación compulsiva. El DSM-IV establece como requisito además que la alimentación compulsiva se presente por lo menos dos días a la semana durante un mínimo de seis meses. Al parecer hay escasa evidencia que respalde esta frecuencia y la duración obligatoria excesivamente prolongada. Puesto que el trastorno por alimentación compulsiva suele acompañarse de un aumento rápido de peso, puede ser contraproducente esperar a seis meses antes de establecer el diagnóstico. Se ha demostrado que el relajar el criterio de frecuencia a una vez a la semana conduciría a un ligero incremento de la frecuencia de trastorno por alimentación compulsiva (135).

En resumen, se acepta en general que el trastorno por alimentación compulsiva es un diagnóstico válido y útil. Se propone que se incluya el trastorno por alimentación compulsiva en la ICD-11. También se propone que los criterios diagnósticos para el trastorno por alimentación compulsiva se amplíen para incluir los episodios que no conllevan ingerir una gran cantidad de alimento, siempre y cuando haya una pérdida definitiva del control con respecto al consumo de alimentos, que la alimentación compulsiva sea diferente de los patrones de alimentación normales y que sea causa de ansiedad (97,116). No

Tabla 2. Recomendaciones para la clasificación de los trastornos de la alimentación y la conducta alimentaria en la ICD-11

1. Fusionar trastornos de la alimentación y de la conducta alimentaria en un solo agrupamiento con categorías diagnósticas disponibles para todos los grupos de edad.
2. Ampliar la categoría de anorexia nerviosa mediante la abolición del requisito de amenorrea; ampliar el criterio de peso para incluir cualquier peso subnormal importante y ampliar el criterio cognitivo para incluir cogniciones y equivalentes conductuales, pertinentes al desarrollo y a la cultura, de temor a engordar, preocupaciones con el peso corporal y la figura o los alimentos y la conducta alimentaria.
3. Introducir un atributo de gravedad «con peso corporal peligrosamente bajo» para distinguir los casos más graves que conllevan el pronóstico más riesgoso dentro de la amplia categoría de la anorexia nerviosa.
4. Ampliar la categoría de bulimia nerviosa para incluir la alimentación compulsiva subjetiva.
5. Incluir la categoría de trastorno por alimentación compulsiva, definido por alimentación compulsiva subjetiva u objetiva sin una conducta compensadora regular.
6. Incluir una categoría de trastorno de la conducta alimentaria combinado para clasificar a los individuos que de manera concomitante o sucesiva cumplen los criterios para anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.
7. Introducir una categoría de trastorno por evasión o restricción de la ingesta de alimentos (ARFID) para clasificar la ingesta de alimentos restringida que no se acompaña de trastorno psicopatológico relacionado con el peso y la figura corporal.
8. Introducir un criterio de duración mínima uniforme de cuatro semanas.

hay pruebas específicas para invalidar el criterio de duración uniforme propuesto. Por tanto, el diagnóstico de trastorno por alimentación compulsiva puede ser apropiado si la alimentación compulsiva ocurre con regularidad durante un mínimo de cuatro semanas. En los casos menos graves puede ser necesaria la duración más prolongada para establecer la importancia clínica.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA ALIMENTACIÓN DEBIDOS A OTROS PROBLEMAS DE CAUSA CONOCIDA

Además de los trastornos de la alimentación y la conducta alimentaria descritos antes, el capítulo en la ICD-11 ha de incluir una alusión a los trastornos que se clasifican en otra parte y que pueden manifestarse principalmente por trastornos de la conducta alimentaria. El ejemplo más notable es el síndrome de Prader-Willi, el cual se debe a una delección de la réplica paterna de una región en el cromosoma 15 y se clasifica principalmente en el capítulo VII de la ICD-10 (Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas). Este síndrome a menudo se manifiesta por apetito insaciable, alimentación excesiva, acaparamiento de alimentos e ingestión de sustancias no alimenticias, pero también comprende discapacidad intelectual.

CONCLUSIONES

Hemos analizado la evidencia científica publicada en relación con la clasificación de los trastornos de la alimentación y la conducta alimentaria, con especial atención a la utilidad clínica, la respuesta al tratamiento, el pronóstico y el contexto del desarrollo y cultural. Con base en estos datos, hacemos recomendaciones compatibles con las direcciones generales para el desarrollo de la ICD-11. En la tabla 2 se enumeran las principales recomendaciones.

Esperamos que los cambios propuestos mejoren considerablemente la utilidad clínica de la clasificación de los trastornos de la alimentación y de la conducta alimentaria, eliminen la necesidad de utilizar diagnósticos «por lo demás no específicos» que no brindan información y que estimulen asimismo la investigación de la continuidad entre los cuadros clínicos en los niños y los adultos y de la eficacia del tratamiento en grupos de pacientes que representan la gran mayoría de los que manifiestan trastornos psicopatológicos relacionados con la conducta alimentaria en el contexto clínico habitual.

Agradecimientos

Este artículo se ha basado en información de la actividad del grupo de trabajo sobre Clasificación de los Trastornos Mentales y de la Conducta en Niños y Adolescentes, en relación con el Grupo Consultivo Internacional para la Revisión de los Trastornos Mentales y de la Conducta de la ICD-10. M. Rutter es el presidente de este grupo de trabajo. R. Uher colabora con este grupo como asesor. Este artículo refleja el trabajo y las opiniones de los autores, quienes asumen la responsabilidad completa de su contenido. Los autores agradecen a U. Schmidt, I. Campbell y B.T. Walsh por sus comentarios y las versiones previas de este manuscrito.

Bibliografía

- International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 2011;10:86-92.
- Rutter M. Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. *J Child Psychol Psychiatry* 2011;52:647-60.
- Reed M, Mendonca CJ, Esparza P et al. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry* 2011;10:118-31.
- Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. *World Psychiatry* 2011;10:81-2.
- Lock J, Le GD, Agras WS et al. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:1025-32.
- Loeb KL, Walsh BT, Lock J et al. Open trial of family-based treatment for full and partial anorexia nervosa in adolescence: evidence of successful dissemination. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:792-800.
- Lock J, Agras WS, Bryson S et al. A comparison of short- and longterm family therapy for adolescent anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44:632-9.
- McIntosh VV, Jordan J, Carter FA et al. Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry* 2005;162:741-7.
- Pike KM, Walsh BT, Vitousek K et al. Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 2003;160:2046-9.
- Dare C, Eisler I, Russell G et al. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of outpatient treatments. *Br J Psychiatry* 2001;178:216-21.
- Eisler I, Dare C, Hodes M et al. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41:727-36.
- Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA et al. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *Am J Psychiatry* 2009;166:311-9.
- Schmidt U, Andiappan M, Grover M et al. Randomised controlled trial of CD-ROM-based cognitive-behavioural self-care for bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 2008;193:493-500.
- Schmidt U, Lee S, Beecham J et al. A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *Am J Psychiatry* 2007;164:591-8.
- Le Grange D, Crosby RD, Rathouz PJ et al. A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1049-56.
- Banasiak SJ, Paxton SJ, Hay P. Guided self-help for bulimia nervosa in primary care: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2005;35:1283-94.
- Walsh BT, Fairburn CG, Mickley D et al. Treatment of bulimia nervosa in a primary care setting. *Am J Psychiatry* 2004;161:556-61.
- Carter FA, Jordan J, McIntosh VV et al. The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Int J Eat Disord* 2011;44:647-54.
- Palmer RL, Birchall H, McGrain L et al. Self-help for bulimic disorders: a randomised controlled trial comparing minimal guidance with face-to-face or telephone guidance. *Br J Psychiatry* 2002;181:230-5.
- Hsu LK, Rand W, Sullivan S et al. Cognitive therapy, nutritional therapy and their combination in the treatment of bulimia nervosa. *Psychol Med* 2001;31:871-9.
- Safer DL, Robinson AH, Jo B. Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behav Ther* 2010;41:106-20.
- Agras WS, Walsh T, Fairburn CG et al. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:459-66.
- Binswanger L. The case of Ellen West. In: May R, Angel E, Ellenberger H (eds). *Existence: a new dimension in psychiatry and psychology*. New York: Basic Books, 1958:237-364.
- Kotler LA, Cohen P, Davies M et al. Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:1434-40.
- Micali N, Holliday J, Karwautz A et al. Childhood eating and weight in eating disorders: a multi-centre European study of affected women and their unaffected sisters. *Psychother Psychosom* 2007;76:234-41.
- Nicholls DE, Viner RM. Childhood risk factors for lifetime anorexia nervosa by age 30 years in a national birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48:791-9.
- Nicholls DE. Childhood eating disorders: British national surveillance study. *Br J Psychiatry* 2011;198:295-301.
- Becker AE, Eddy KT, Perloe A. Clarifying criteria for cognitive signs and symptoms for eating disorders in DSM-V. *Int J Eat Disord* 2009;42:611-9.
- Fairburn CG, Cooper Z, Bohn K et al. The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. *Behav Res Ther* 2007;45:1705-15.
- Lee S, Ho TP, Hsu LK. Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa: a comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong. *Psychol Med* 1993;23:999-1017.
- Vandereycken W. Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professionals' opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia. *Eat Disord* 2011;19:145-55.
- Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D et al. Classification of child and adolescent eating disturbances. Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents (WCEDCA). *Int J Eat Disord* 2007;40(Suppl.):S117-22.
- Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D et al. Classification of eating disturbance in children and adolescents: proposed changes for the DSM-V. *Eur Eat Disord Rev* 2010;18:79-89.
- Loeb KL, Le Grange D, Hildebrandt T et al. Eating disorders in youth: diagnostic variability and predictive validity. *Int J Eat Disord* 2011;44:692-702.
- Knoll S, Bulik CM, Hebebrand J. Do the currently proposed DSM-5 criteria for anorexia nervosa adequately consider developmental aspects in children and adolescents? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011;20:95-101.

36. Nicholls D, Arcelus J. Making eating disorders classification work in ICD-11. *Eur Eat Disord Rev* 2010;18:247-50.
37. Peebles R, Hardy KK, Wilson JL et al. Are diagnostic criteria for eating disorders markers of medical severity? *Pediatrics* 2010;125:e1193-201.
38. Keel PK, Klump KL. Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychol Bull* 2003;129:747-69.
39. Becker AE, Burwell RA, Navara K et al. Binge eating and binge eating disorder in a small-scale, indigenous society: the view from Fiji. *Int J Eat Disord* 2003;34:423-31.
40. Hoek HW, van Harten PN, Hermans KM et al. The incidence of anorexia nervosa on Curacao. *Am J Psychiatry* 2005;162:748-52.
41. Pavlova B, Uher R, Dragomirecka E et al. Trends in hospital admissions for eating disorders in a country undergoing a socio-cultural transition, the Czech Republic 1981-2005. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45:541-50.
42. Becker AE. Culture and eating disorders classification. *Int J Eat Disord* 2007;40(Suppl.):S111-6.
43. Eddy KT, Hennessey M, Thompson-Brenner H. Eating pathology in East African women: the role of media exposure and globalization. *J Nerv Ment Dis* 2007;195:196-202.
44. Katzman MA, Hermans KM, Van HD et al. Not your "typical island woman": anorexia nervosa is reported only in subcultures in Curacao. *Cult Med Psychiatry* 2004;28:463-92.
45. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:389-94.
46. Njenga FG, Kangethe RN. Anorexia nervosa in Kenya. *East Afr Med J* 2004;81:188-93.
47. Striegel-Moore RH, Dohm FA, Kraemer HC et al. Eating disorders in white and black women. *Am J Psychiatry* 2003;160:1326-31.
48. Lee S, Lee AM, Ngai E et al. Rationales for food refusal in Chinese patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2001;29:224-9.
49. Al-Adawi S, Dorvlo AS, Burke DT et al. Presence and severity of anorexia and bulimia among male and female Omani and non-Omani adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:1124-30.
50. Tsai G. Eating disorders in the Far East. *Eat Weight Disord* 2000;5:183-97.
51. Soomro GM, Crisp AH, Lynch D et al. Anorexia nervosa in 'nonwhite' populations. *Br J Psychiatry* 1995;167:385-9.
52. Lee S, Ng KL, Kwok K et al. The changing profile of eating disorders at a tertiary psychiatric clinic in Hong Kong (1987-2007). *Int J Eat Disord* 2010;43:307-14.
53. Bhugra D, Mastrogianni A, Maharaj H et al. Prevalence of bulimic behaviours and eating attitudes in schoolgirls from Trinidad and Barbados. *Transcult Psychiatry* 2003;40:409-28.
54. Becker AE, Burwell RA, Gilman SE et al. Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *Br J Psychiatry* 2002;180:509-14.
55. Thomas JJ, Crosby RD, Wonderlich SA et al. A latent profile analysis of the typology of bulimic symptoms in an indigenous Pacific population: evidence of cross-cultural variation in phenomenology. *Psychol Med* 2011;41:195-206.
56. Anderson-Fye EP. A "coca-cola" shape: cultural change, body image, and eating disorders in San Andres, Belize. *Cult Med Psychiatry* 2004;28:561-95.
57. Pavlova B, Uher R, Papezova H. It would not have happened to me at home: qualitative exploration of sojourns abroad and eating disorders in young Czech women. *Eur Eat Disord Rev* 2008;16:207-14.
58. Chui W, Safer DL, Bryson SW et al. A comparison of ethnic groups in the treatment of bulimia nervosa. *Eat Behav* 2007;8:485-91.
59. Pike KM, Dohm FA, Striegel-Moore RH et al. A comparison of black and white women with binge eating disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158:1455-60.
60. Fitzgibbon ML, Spring B, Avellone ME et al. Correlates of binge eating in Hispanic, black, and white women. *Int J Eat Disord* 1998;24:43-52.
61. Franko DL, Becker AE, Thomas JJ et al. Cross-ethnic differences in eating disorder symptoms and related distress. *Int J Eat Disord* 2007;40:156-64.
62. Bulik CM, Sullivan PF, Fear J et al. Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:704-7.
63. Eckert ED, Halmi KA, Marchi P et al. Ten-year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychol Med* 1995;25:143-56.
64. Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2006;39:87-100.
65. Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: relevance for nosology and diagnostic criteria. *Int J Eat Disord* 2008;41:577-86.
66. Herpertz-Dahlmann B, Muller B, Herpertz S et al. Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa – course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;42:603-12.
67. Strober M, Freeman R, Morrell W. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord* 1997;22:339-60.
68. Castellini G, Lo SC, Mannucci E et al. Diagnostic crossover and outcome predictors in eating disorders according to DSM-IV and DSM-V proposed criteria: a 6-year follow-up study. *Psychosom Med* 2011;73:270-9.
69. Eddy KT, Keel PK, Dorer DJ et al. Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *Int J Eat Disord* 2002;31:191-201.
70. Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL et al. Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V. *Am J Psychiatry* 2008;165:245-50.
71. Tozzi F, Thornton LM, Klump KL et al. Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover. *Am J Psychiatry* 2005;162:732-40.
72. Milos G, Spindler A, Schnyder U et al. Instability of eating disorder diagnoses: prospective study. *Br J Psychiatry* 2005;187:573-8.
73. Agras WS, Crow S, Mitchell JE et al. A 4-year prospective study of eating disorder NOS compared with full eating disorder syndromes. *Int J Eat Disord* 2009;42:565-70.
74. Grilo CM, Pagano ME, Skodol AE et al. Natural course of bulimia nervosa and of eating disorder not otherwise specified: 5-year prospective study of remissions, relapses, and the effects of personality disorder psychopathology. *J Clin Psychiatry* 2007;68:738-46.
75. Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL et al. Should bulimia nervosa be subtyped by history of anorexia nervosa? A longitudinal validation. *Int J Eat Disord* 2007;40(Suppl.):S67-71.
76. Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE et al. Feeding and eating disorders in childhood. *Int J Eat Disord* 2010;43:98-111.
77. Nicholls D, Bryant-Waugh R. Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009;18:17-30.
78. Crist W, Napier-Phillips A. Mealtime behaviors of young children: a comparison of normative and clinical data. *J Dev Behav Pediatr* 2001;22:279-86.
79. Burklow KA, Phelps AN, Schultz JR et al. Classifying complex pediatric feeding disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1998;27:143-7.
80. Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2002;11:163-83.
81. Davies WH, Satter E, Berlin KS et al. Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context: the case for a relational disorder. *J Fam Psychol* 2006;20:409-17.
82. Nicholls D, Chater R, Lask B. Children into DSM don't go: a comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *Int J Eat Disord* 2000;28:317-24.
83. Fairburn CG, Bohn K. Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behav Res Ther* 2005;43:691-701.
84. Eddy KT, Celio DA, Hoste RR et al. Eating disorder not otherwise specified in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47:156-64.
85. Strober M, Freeman R, Morrell W. Atypical anorexia nervosa: separation from typical cases in course and outcome in a long-term prospective study. *Int J Eat Disord* 1999;25:135-42.

86. Dalle GR, Calugi S, Marchesini G. Underweight eating disorder without over-evaluation of shape and weight: atypical anorexia nervosa? *Int J Eat Disord* 2008;41:705-12.
87. Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA et al. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry* 2009;166:1342-46.
88. Schmidt U, Lee S, Perkins S et al. Do adolescents with eating disorder not otherwise specified or full-syndrome bulimia nervosa differ in clinical severity, comorbidity, risk factors, treatment outcome or cost? *Int J Eat Disord* 2008;41:498-504.
89. Keel PK, Brown TA, Holm-Denoma J et al. Comparison of DSM-IV versus proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders: reduction of eating disorder not otherwise specified and validity. *Int J Eat Disord* 2011;44:553-60.
90. Sysko R, Walsh BT. Does the broad categories for the diagnosis of eating disorders (BCD-ED) scheme reduce the frequency of eating disorder not otherwise specified? *Int J Eat Disord* 2010;44:625-9.
91. Striegel-Moore RH, Franko DL. Should binge eating disorder be included in the DSM-V? A critical review of the state of the evidence. *Annu Rev Clin Psychol* 2008;4:305-24.
92. Wonderlich SA, Gordon KH, Mitchell JE et al. The validity and clinical utility of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2009;42:687-705.
93. Keel PK, Haedt A, Edler C. Purging disorder: an ominous variant of bulimia nervosa? *Int J Eat Disord* 2005;38:191-9.
94. Striegel-Moore RH, Franko DL, May A et al. Should night eating syndrome be included in the DSM? *Int J Eat Disord* 2006;39:544-9.
95. Fairburn CG, Cooper Z. Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *Br J Psychiatry* 2011;198:8-10.
96. Hebebrand J, Bulik CM. Critical appraisal of the provisional DSM-5 criteria for anorexia nervosa and an alternative proposal. *Int J Eat Disord* 2011;44:665-78.
97. Walsh BT, Sysko R. Broad categories for the diagnosis of eating disorders (BCD-ED): an alternative system for classification. *Int J Eat Disord* 2009;42:754-64.
98. Keel PK. Purging disorder: subthreshold variant or full-threshold eating disorder? *Int J Eat Disord* 2007;40(Suppl):S89-S94.
99. Gull WW. Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Transactions of the Clinical Society of London* 1874;7:22-8.
100. Lasague C. On hysterical anorexia. *Medical Times and Gazette* 1873;2:265-266.
101. Attia E, Roberto CA. Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? *Int J Eat Disord* 2009;42:581-9.
102. Button EJ, Chadalavada B, Palmer RL. Mortality and predictors of death in a cohort of patients presenting to an eating disorders service. *Int J Eat Disord* 2010;43:387-92.
103. Hebebrand J, Himmelmann GW, Herzog W et al. Prediction of low body weight at long-term follow-up in acute anorexia nervosa by low body weight at referral. *Am J Psychiatry* 1997;154:566-9.
104. Rosling AM, Sparen P, Norring C et al. Mortality of eating disorders: a follow-up study of treatment in a specialist unit 1974-2000. *Int J Eat Disord* 2011;44:304-10.
105. Salbach-Andrae H, Schneider N, Seifert K et al. Short-term outcome of anorexia nervosa in adolescents after inpatient treatment: a prospective study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009;18:701-4.106. Becker AE, Thomas JJ, Pike KM. Should non-fat-phobic anorexia nervosa be included in DSM-V? *Int J Eat Disord* 2009;42:620-35.
107. Ramacciotti CE, Dell'Osso L, Paoli RA et al. Characteristics of eating disorder patients without a drive for thinness. *Int J Eat Disord* 2002;32:206-12.
108. Abbate-Daga G, Piero A, Gramaglia C et al. An attempt to understand the paradox of anorexia nervosa without drive for thinness. *Psychiatry Res* 2007;149:215-21.
109. Habermas T. In defense of weight phobia as the central organizing motive in anorexia nervosa: historical and cultural arguments for a culture-sensitive psychological conception. *Int J Eat Disord* 1996;19:317-34.
110. Peat C, Mitchell JE, Hoek HW et al. Validity and utility of subtyping anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2009;42:590-4.
111. Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9:429-48.
112. Keel PK, Mitchell JE, Miller KB et al. Predictive validity of bulimia nervosa as a diagnostic category. *Am J Psychiatry* 2000;157:136-8.
113. Thomas JJ, Delinsky SS, St. Germain SA et al. How do eating disorder specialist clinicians apply DSM-IV diagnostic criteria in routine clinical practice? Implications for enhancing clinical utility in DSM-5. *Psychiatry Res* 2010;178:511-7.
114. Hay PP, Bacaltchuk J, Stefano S et al. Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;CD000562.
115. Rossiter EM, Agras WS. An empirical test of the DSM-III-R definition of binge. *Int J Eat Disord* 1990;9:513-8.
116. Wolfe BE, Baker CW, Smith AT et al. Validity and utility of the current definition of binge eating. *Int J Eat Disord* 2009;42:674-86.
117. Fairburn CG. The definition of bulimia nervosa: guidelines for clinicians and research workers. *Ann Behav Med* 1987;9:3-7.
118. Keel PK, Mayer SA, Harnden-Fischer JH. Importance of size in defining binge eating episodes in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2001;29:294-301.
119. Mond JM, Latner JD, Hay PH et al. Objective and subjective bulimic episodes in the classification of bulimic-type eating disorders: another nail in the coffin of a problematic distinction. *Behav Res Ther* 2010;48:661-9.
120. Niego SH, Pratt EM, Agras WS. Subjective or objective binge: is the distinction valid? *Int J Eat Disord* 1997;22:291-8.
121. Pratt EM, Niego SH, Agras WS. Does the size of a binge matter? *Int J Eat Disord* 1998;24:307-12.
122. Latner JD, Hildebrandt T, Rosewall JK et al. Loss of control over eating reflects eating disturbances and general psychopathology. *Behav Res Ther* 2007;45:2203-11.
123. Jenkins PE, Conley CS, Rienecke HR et al. Perception of control during episodes of eating: relationships with quality of life and eating psychopathology. *Int J Eat Disord* 2012;45:115-9.
124. Shomaker LB, Tanofsky-Kraff M, Elliott C et al. Salience of loss of control for pediatric binge episodes: does size really matter? *Int J Eat Disord* 2010;43:707-16.
125. Wilson GT, Sysko R. Frequency of binge eating episodes in bulimia nervosa and binge eating disorder: diagnostic considerations. *Int J Eat Disord* 2009;42:603-10.
126. Rockert W, Kaplan AS, Olmsted MP. Eating disorder not otherwise specified: the view from a tertiary care treatment center. *Int J Eat Disord* 2007;40(Suppl.):S99-103.
127. Van Hoeken D, Veling W, Sinke S et al. The validity and utility of subtyping bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2009;42:595-602.
128. Grilo CM, White MA, Masheb RM. DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2009;42:228-34.
129. Hilbert A, Pike KM, Wilfley DE et al. Clarifying boundaries of binge eating disorder and psychiatric comorbidity: a latent structure analysis. *Behav Res Ther* 2011;49:202-11.
130. Mond JM, Peterson CB, Hay PJ. Prior use of extreme weight-control behaviors in a community sample of women with binge eating disorder or subthreshold binge eating disorder: a descriptive study. *Int J Eat Disord* 2010;43:440-6.
131. Ahrberg M, Trojca D, Nasrawi N et al. Body image disturbance in binge eating disorder: a review. *Eur Eat Disord Rev* (in press).
132. Goldschmidt AB, Hilbert A, Manwaring JL et al. The significance of overvaluation of shape and weight in binge eating disorder. *Behav Res Ther* 2010;48:187-93.
133. Telch CF, Pratt EM, Niego SH. Obese women with binge eating disorder define the term binge. *Int J Eat Disord* 1998;24:313-7.
134. Grilo CM, White MA. A controlled evaluation of the distress criterion for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2011;79:509-14.
135. Hudson JI, Coit CE, Lalonde JK et al. By how much will the proposed new DSM-5 criteria increase the prevalence of binge eating disorder? *Int J Eat Disord* 2012;45:139-41.

Salud mental positiva: ¿hay una definición intercultural?

GEORGE E. VAILLANT

Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Massachusetts General Hospital, 151 Merrimac Street, Boston, MA 02114, USA

Se analizan siete modelos para conceptualizar la salud mental positiva: la salud mental como lo superior a lo normal, epitomizada mediante una calificación de más de 80 en la valoración global del funcionamiento (GAF) del DSM-IV; la salud mental en función de múltiples fortalezas humanas más que ninguna debilidad; la salud mental conceptualizada como madurez; la salud mental concebida como el predominio de las emociones positivas; la salud mental conceptualizada como inteligencia socioemocional alta; la salud mental definida como bienestar subjetivo; la salud mental caracterizada como resistencia a la adversidad. Se recomiendan salvaguardas para el estudio de la salud mental, lo que comprende la necesidad de definir la salud mental en términos que tomen en cuenta los factores culturales así como la necesidad de validar empírica y longitudinalmente los criterios de salud mental.

Palabras clave: Salud mental positiva, madurez, resistencia a la adversidad, mecanismos y adaptación, bienestar subjetivo, inteligencia emocional, emociones positivas.

(*World Psychiatry* 2012;11:93-99)

Los grandes estudios epidemiológicos realizados en el último medio siglo se han enfocado en quién era enfermo mental y no en quién estaba sano. La enfermedad mental, después de todo, es un trastorno que puede definirse de manera fiable y sus límites son relativamente claros. Hasta en tiempos recientes, sólo los Estudios del Condado de Sterling realizados por A. Leighton (1) se acercaron a definir en forma operacional la salud mental positiva. Además, se ha argüido que el lograr la salud mental o física por arriba del promedio no es del campo de la medicina sino de la educación.

A principios del siglo pasado, los internistas comenzaron a estudiar la fisiología a grandes alturas e idearon medidas de salud física positiva para deportistas, pilotos y finalmente astronautas. En 1929-1930, en la Universidad de California en Berkeley, el Instituto de Desarrollo Humano fue fundado por H. Jones, N. Bayley y J. McFarlane (2,3). El Instituto, originalmente creado para el estudio del desarrollo del niño sano, llegó a tener una influencia original en el modelo de desarrollo del adulto sano de E. Erickson. A finales de la década de los 30, A. Bock, un internista capacitado en la fisiología a grandes alturas e interesado en la salud física positiva, comenzó el estudio del desarrollo del adulto en la Universidad de Harvard (4,5). Este fue concebido como un estudio interdisciplinario de la salud tanto mental como física.

Al igual que la aptitud física, la salud mental positiva es demasiado importante para ser ignorada, pero su definición no es fácil. Es necesario tener varias precau-

ciones. En primer lugar, para definir la salud mental hay que tener presente las diferencias interculturales. Mis propios esfuerzos para definir la salud mental pueden parecer localistas para las personas de otros países. Por consiguiente, los comentarios en torno a este artículo serán muy importantes.

La segunda precaución es tomar en cuenta que «promedio» no equivale a sano. Las encuestas entre especialistas siempre mezclan lo sano con la cantidad prevaleciente de psicopatología. En el caso del hemograma, o la función tiroidea, la mitad de la curva de campana es lo sano. En el caso de la vista, sólo el extremo superior de la curva de campana corresponde a lo saludable; y en el caso del colesterol y la bilirrubina sólo el extremo bajo de la curva es lo no patológico.

Una tercera precaución es aclarar si se está describiendo un rasgo o un estado. El estudio longitudinal es muy importante. Un jugador de balompié de clase mundial temporalmente marginado por un esguince del tobillo (estado) probablemente esté más sano que un diabético de tipo 1 (rasgo) con una glucemia temporalmente normal.

Por último, la salud mental debe verse en contexto. El rasgo drepanocítico es patológico en París, pero no en África Central donde el paludismo es endémico. En la década de los 40, las personalidades paranoides representaban una muy mala tripulación de submarinos pero excelentes localizadores de aeronaves. La puntualidad y la competitividad se ven como saludables en algunas poblaciones pero no en otras.

Por otra parte, si la salud mental es «buena», ¿para qué buena? ¿Para el yo o para la sociedad? Para «adaptarse» o para la creatividad? En la definición de salud mental la biología por lo general triunfa sobre la antropología. La antropología cultural nos enseña que casi toda forma de comportamiento se considera saludable en algunas culturas, pero esto no significa que la conducta tolerada sea mentalmente sana. Hasta en tiempos recientes Portugal no reconocía el alcoholismo como una enfermedad, pero esto no disminuía la contribución del alcoholismo a la mortalidad en Lisboa. La mejor manera de enriquecer nuestra comprensión de lo que constituye la salud mental es estudiar diversas poblaciones sanas desde diversas perspectivas, en diferentes culturas y por un periodo prolongado.

En este artículo se compararán siete diferentes modelos empíricos de salud mental. En primer lugar, la salud mental puede conceptualizarse como lo superior a lo normal, según se epitomizó en una calificación de más de 80 en la Valoración Global del Funcionamiento (GAF, 6) del DSM-IV. En segundo lugar, se puede conceptualizar como un estado de múltiples fortalezas humanas más que de falta de debilidades. En tercer lugar, puede concebirse como madurez. En cuarto lugar, puede verse como la dominancia de las emociones positivas. En quinto lugar, puede equipararse a una inteligencia socioemocional alta. En sexto lugar, puede verse como un bienestar subjetivo. En séptimo lugar puede definirse como la resistencia a la adversidad.

Para evitar la discusión inútil de cuáles rasgos caracterizan a la salud mental, es útil adoptar la analogía de un campeón de decatón. ¿Qué caracteriza a una «estrella de la pista»? Una estrella de decatón debe poseer fuerza muscular, velocidad, resistencia, gracia y aguante competitivo, aunque las combinaciones puedan variar. Entre los campeones de decatón la definición general no será diferente de un país a otro o de un siglo a otro. Lo sobresaliente de una determinada faceta de un campeón de decatón, o de la salud mental, puede variar de una cultura a otra, pero todas las facetas son importantes.

LA SALUD MENTAL COMO LO SUPERIOR A LO NORMAL, EPITOMIZADO POR UNA CALIFICACIÓN DE MÁS DE 80 EN LA GAF

Después de la Segunda Guerra Mundial, se comenzaron a publicar investigaciones influyentes sobre la salud mental (7-9). Aunque todos los estudios se concentraban en poblaciones normales, de todas maneras ponían énfasis en lo *no patológico* más que en la salud mental *superior* al promedio. Además, muchos psiquiatras de la posguerra continuaban estando de acuerdo con S. Freud quien había descartado la salud mental como una «ficción ideal».

Después, en 1958, el informe de M. Jahoda a la American Joint Commission on Mental Illness and Health (10) condujo a un cambio en el mar de la psiquiatría con relación a la existencia de la salud mental. Ella señaló que la salud mental comprende autonomía (estar en contacto con la identidad y los sentimientos propios); inversión en la vida (autoactualización y orientación hacia el futuro); resolución eficiente de los problemas (percepción exacta de la realidad, resistencia al estrés, dominio del entorno); y capacidad de amar, trabajar y jugar. Sin embargo, en el tiempo en que se publicaron sus criterios, todavía no había pruebas que demostrasen que sus definiciones plausibles eran más que simples tópicos.

Después, aparecieron los estudios de R. Grinker en 1962 sobre los «homoclitos», el primer estudio empírico sobre la salud mental positiva (11). Los homoclitos de Grinker eran los más aptos en educación física seleccionados para establecer la normalidad pero sólo estu-

diados brevemente. Un segundo estudio más longitudinal fue el proceso de eliminación, mediante el cual de 130 pilotos aviadores sanos, ya seleccionados por su salud mental, se escogieron los siete astronautas estadounidenses originales (12). Estos astronautas no sólo gozaban de registros de trabajo ejemplares, sino también eran competentes para amar. Aunque pilotos de prueba atrevidos, todos habían tenido algunos accidentes durante sus años de vuelo. Podían tolerar la asociación interdependiente cercana y el aislamiento extremo. Si bien cada uno de los astronautas era muy diferente, todos habrían sido campeones en el «decatón» de la salud mental.

Un estudio sobre la salud mental aun más influyente fue el Proyecto de Psicoterapia de Menninger dirigido por el psicólogo L. Luborsky. Ideó la Escala de Calificación de la Salud y la Enfermedad, con una puntuación del 0 al 100 (13), basada en la conducta más que en pruebas escritas. Una calificación de 80 o más reflejaba una salud mental positiva; una calificación de 95-100 reflejaba «un estado ideal de integración completa, de resistencia a la adversidad del estrés, de felicidad y eficacia social».

La escala de Luborsky fue modificada por dos de los creadores de lo que ahora es el Eje V del DSM-III (14). En las comparaciones interculturales los investigadores han confirmado la utilidad de la medición de Luborsky como un termómetro internacional de la salud mental (15).

LA SALUD MENTAL EN FUNCIÓN DE MÚLTIPLES FORTALEZAS HUMANAS

El hecho de que los psicólogos hayan estudiado la salud mental de una manera diferente que la psiquiatría ha dado por resultado este segundo modelo, que ha representado la base para la corriente de la psicología positiva (16). Los psicólogos, al igual que los fisiólogos, analizan la continuidad (rasgo) más que categorías, en tanto que en medicina se tiene o no se tiene una enfermedad. En psicología las intervenciones para mejorar la inteligencia adecuada o las habilidades sociales son frecuentes, en tanto que en medicina el entrometerse con la función tiroidea adecuada, un hematocrito saludable o un estado efectivo normal, es

sólo ocasionar problemas. En el individuo sano en reposo, prácticamente todas las intervenciones psicofarmacológicas, con el tiempo, harán que empeore el funcionamiento del cerebro. Por consiguiente, el objetivo médico de utilizar fármacos para eliminar la anomalía es diferente de la meta de los psicólogos de fomentar la salud mental positiva en un modelo educativo.

Desde 1925 el psiquiatra A. Meyer ya advertía en torno a la necesidad de dejar de «moralizar» sobre una salud mental utópica. La salud mental, señalaba, debía estudiarse a través de «un estudio concienzudo e imparcial» y una «experimentación constructiva» (17). Después, el psicólogo M. Seligman señalaba que la psicología positiva utilizará la experimentación basada en evidencia científica para estudiar la salud mental positiva e incorporar avances empíricos recientes en la psicología cognitiva (18).

Desde finales del siglo XIX, muchos científicos sociales han desconfiado de la cognición optimista, sobre todo del optimismo religioso, considerándola como una ilusión «estadounidense» mal adaptada que interfiere en la percepción exacta de la realidad. Nietzsche, Freud, Marx y Darwin percibían el optimismo como un signo de adolescencia cultural ingenua, no de salud mental madura. Sin embargo, los psicoterapeutas cognitivos han demostrado luego que la cognición optimista no sólo puede modificar la conducta, sino incluso alterar la función cerebral (19). Si el pesimismo es la cognición dominante del deprimido, el optimismo al parecer es la cognición dominante del mentalmente sano. La importancia del optimismo para la salud mental positiva depende en parte de un estilo cognitivo atributivo según el cual las cosas buenas que me ocurren son mi «falta», durarán para siempre y son omnipresentes, en tanto que las cosas malas son limitadas, no son mi culpa y es improbable que vuelvan a ocurrir (20).

Los psicólogos C. Peterson y M. Seligman identificaron cuatro componentes de la salud mental positiva: talentos, facilitadores, fortalezas y resultados. Los talentos son innatos, genéticos y no se ven muy afectados por la intervención (p. ej., un coeficiente intelectual alto) (21). Los facilitadores reflejan condiciones sociales e intervenciones favorables y buena suerte ambiental (p. ej., una fa-

milia sólida, un buen sistema escolar, el vivir en una meritocracia democrática». Las fortalezas representan rasgos del carácter (p. ej., amabilidad, capacidad de perdonar, curiosidad, honestidad) que reflejan facetas de la salud mental que son susceptibles de cambio. Los resultados reflejan variables dependientes (p. ej., mejores relaciones sociales y bienestar subjetivo) que se pueden utilizar para proporcionar evidencia de que son eficaces los esfuerzos realizados por los profesionales clínicos para intensificar las fortalezas.

Es objeto de debate cuáles fortalezas son las que más se relacionan con la salud mental. La sabiduría, la amabilidad y la capacidad de amar y ser amado son fortalezas que pocos podrían discutir. Sin embargo, ¿se debiera incluir el valor como una fortaleza? Y ¿Por qué se excluyeron inteligencia, oído musical perfecto y puntualidad? Además, hay un considerable debate entre las profesiones de la salud mental en torno a si la salud mental positiva es un proceso que cualquier programa de seguro debiera cubrir. Con el tiempo la sociedad habrá de decidir quién debiera pagar por una salud mental positiva: el individuo, el sistema educativo, terceras partes, organizaciones religiosas o una combinación de los cuatro.

SALUD MENTAL CONCEBIDA COMO MADUREZ

A diferencia de otros órganos del cuerpo que han evolucionado para mantenerse igual o deteriorarse después de la pubertad, el cerebro humano sigue evolucionando en la edad adulta. Los pulmones y los riñones de un adolescente tienen más probabilidades de reflejar una función óptima que los de una persona de 60 años de edad, pero esto no es aplicable a su sistema nervioso central. En cierta medida pues, la salud mental del adulto refleja un proceso continuado de despliegue de maduración y mielinización progresiva del cerebro hasta el sexto decenio de edad (22,23). Estudios prospectivos revelan que los individuos se deprimen menos y muestran más modulación emocional a los 70 años de edad que a los 30 (5,24).

En algunos aspectos, E. Erikson en 1950 se adelantó a Jahoda y Grinker cuando describió el primer modelo de desarrollo del adulto durante la vida

(25). Todos los modelos previos habían representado el deterioro después de los 45 a los 50 años. En cambio, Erikson visualizaba cada una de sus ocho etapas del desarrollo humano como un «criterio fresco de salud mental». Ulteriormente, J. Loevinger proporcionó un modelo del desarrollo del ego del adulto (26) y L. Kohlberg construyó un modelo de desarrollo moral del adulto (27). En todos estos modelos está implícita la premisa de que más madurez refleja más salud mental. Se podría afirmar que la mejor definición de la salud mental que tenemos es la definición de madurez de W. Menninger (28) como la capacidad de amar, la falta de patrones estereotípicos de solución de los problemas, la aceptación realista del destino impuesto por la época y el lugar de la persona en el mundo, las expectativas y metas apropiadas para sí mismo y la capacidad para tener esperanza. En este modelo, la madurez no sólo es lo opuesto al narcisismo, sino que es muy congruente con otros modelos de salud mental.

Para respaldar el modelo de maduración de la salud mental, se vuelve necesaria la valoración de la conducta y los estados afectivos de personas estudiados durante el curso de la vida. Aunque sólo apenas recientemente han fructificado tales estudios longitudinales, todos ilustran la relación positiva de la madurez con la salud mental creciente (5,24,29,30,31). Para ilustrar la relación entre la salud mental y la madurez del cerebro, deben excluirse los individuos con traumatismo del cerebro, depresión mayor, arteriosclerosis, enfermedad de Alzheimer, alcoholismo y esquizofrenia.

Erikson conceptuó que la madurez a través de la evolución del desarrollo del adulto por medio de la experiencia en la vida, produce un «radio social ampliado». En el modelo de Erikson, la madurez del adulto se logra con el tiempo a través del dominio de las cuatro tareas sucesivas de «identidad», «intimidad» «generatividad» e «integridad». Con base en los datos empíricos del Estudio del Desarrollo del Adulto de Harvard, Vaillant ha añadido dos tareas más: «la consolidación profesional» antes de la generatividad y «el mantenimiento de la significación» antes de la integridad (32). Es sorprendente que el dominio de tales tareas al parecer es relativamente independiente de educación, género

sexual, clase social y probablemente cultura. La edad en la cual cualquier tarea es dominada difiere enormemente, pero la madurez de la etapa de la vida se correlaciona en alto grado con la salud mental.

La identidad no es sólo un producto de egocentrismo, de salir del hogar o de casarse para salirse de una familia disfuncional. Hay un mundo de diferencia entre el acto instrumental de abandonar el hogar y la tarea de desarrollo de saber dónde terminan los valores de la propia familia y comienzan los valores de sí mismo. Tal separación deriva tanto de la identificación y la interiorización de amigos adolescentes y mentores no familiares importantes como de la maduración biológica simple. Por ejemplo, hacia los 16 años de edad nuestros acentos se vuelven relativamente fijos y reflejan los de nuestro grupo de compañeros adolescentes más que los acentos de nuestros progenitores.

En seguida los adultos jóvenes debieran desarrollar la intimidad, que les permite involucrarse recíprocamente, y no de manera egoísta, con una pareja. El vivir con solo otra persona en una forma interdependiente, recíproca y comprometida puede parecer no conveniente ni posible para un adulto joven. Sin embargo, una vez que se logra la capacidad de intimidad puede parecer algo sin esfuerzo y deseable como el pasear en una bicicleta. A veces la relación es con la persona del mismo género sexual, a veces es completamente asexual; y a veces, al igual que con las órdenes religiosas, la interdependencia es con una comunidad.

La consolidación profesional es una tarea que suele dominarse junto con la intimidad o que sigue al dominio de ésta. El dominio de esta tarea permite a los adultos ver una profesión tan valiosa como en un tiempo vieron el juego. Hay cuatro criterios del desarrollo decisivos que transforman un «trabajo» en una «carrera»: contentamiento, recompensa (es decir, de utilidad para otros, no sólo como un pasatiempo), competencia y compromiso. El no lograr la consolidación profesional es casi patognomónico de un trastorno grave de la personalidad.

El dominio de la cuarta tarea, la generatividad, implica la demostración de una capacidad clara para cuidar y guiar a la siguiente generación. Las investigaciones existentes revelan que entre los 35

y los 55 años de edad disminuye nuestra necesidad de logro y aumenta nuestra necesidad por la comunidad y la afiliación. Dependiendo de las oportunidades que nos pone a disposición la sociedad, la generatividad puede significar servir de asesor, guía, mentor o tutor para adultos jóvenes en la sociedad más amplia. La generatividad es lograda por un poco más que la mitad de la población y es un indicador potente de una salud mental positiva medida en otras formas (31,32).

La penúltima tarea en la vida es volverse un «guardián de significado». Esta tarea que a menudo es parte de los abuelos, implica transmitir las tradiciones del pasado hacia el futuro. El enfoque de un guardián de significado es en la conservación y la preservación de los productos colectivos de la humanidad. La generatividad y su virtud, el cuidado, precisan el cuidar a una persona en vez de otra. En cambio, el cuidador del significado y sus virtudes de sabiduría y justicia son menos selectivos; pues la justicia, a diferencia del cuidado, significa no tomar partido.

La última tarea en la vida es la integridad, la tarea de lograr un cierto sentido de paz y unidad con respecto tanto a la propia vida como hacia todo el mundo, y la aceptación del propio ciclo de vida como algo que tenía que ser y que por necesidad no permitía sustituciones. En nuestro estudio prospectivo, el desarrollo saludable del adulto seguía el mismo patrón para hombres y mujeres de los barrios pobres de la ciudad que el de los graduados universitarios (5,32). Sin embargo, es muy necesaria una validación intercultural.

LA SALUD MENTAL CONCEBIDA COMO EMOCIONES POSITIVAS

En el siglo XIX, los psiquiatras aludían a conceptos como «locura moral» y «buen carácter» y la salud mental se consideraba relacionada con la moralidad y la observancia religiosa. Durante el Siglo XX el surgimiento de la antropología cultural, el psicoanálisis, el conductismo, la biología molecular y el secularismo en general llevaron a los psiquiatras a dudar si existía alguna relación entre la moralidad (sobre todo ejemplificada en la religión) y la salud. Sin embargo, avances recientes en la comprensión biológica de las emociones positivas han obligado a la psiquiatría a tomarlas con seriedad

(33,34). En los últimos 10 años, las emociones positivas –antes relegadas a canciones populares, consejos pastorales y religión– se han vuelto científicamente plausibles.

Hace 50 años a los estudiantes de medicina se les enseñaba principalmente sobre las emociones hipotalámicas como el deseo, el hambre, el temor y la ira. Tales emociones también son comunes en cocodrilos y gatos descorticados. Las emociones prosociales como la empatía, la compasión y el amor paterno se enseñaban como conductas aprendidas y, por tanto, ubicadas en la neocorteza, y en los programas de las escuelas de educación –no de medicina–. Luego, en la década de los 60, P. MacLean (35), H. Harlow (36) y J. Bowlby (37) cambiaron la atención al amor como apego más que amor como sexualidad, creando de esta manera la base de la neurociencia para brindar apoyo a los lugares comunes de Jahoda, Maslow e incluso San Pablo con sus «virtudes teológicas» de fe, compasión, esperanza y amor. El neurobiólogo P. MacLean señaló que las estructuras límbicas regían nuestra capacidad mamífera, no sólo para recordar (cognición) sino también para jugar (gozo), llorar por la separación (fe/confianza) y cuidarse a sí mismo (amor). Con excepción de la memoria rudimentaria, los reptiles no expresan ninguna de estas cualidades. Si se extirpa la corteza a un hámster madre ya no puede hacer laberintos pero sigue siendo una madre competente. No obstante, si se le daña su sistema límbico podrá todavía hacer laberintos pero no criar a sus cachorros. Las ventajas darwinianas de las emociones positivas parecen claras.

Sin embargo, no fue sino hasta en los últimos 20 años en que los estudios de resonancia magnética funcional (RMf) exploraron la neurobiología de las emociones positivas. Diversos estudios han ubicado las experiencias placenteras humanas (el probar el chocolate, ganar dinero, admirar caras bonitas, disfrutar de la música y el éxtasis orgásmico) en las zonas límbicas, sobre todo en la región orbitofrontal, la circunvolución anterior y la ínsula. Estas diversas estructuras están muy integradas y organizadas para ayudarnos a buscar y reconocer todo lo que corresponde a la rúbrica del amor de los mamíferos y la espiritualidad humana. En los últimos 20 años neurocientíficos

como J. Allman (38) y G. Rizzolatti (39) han identificado las células fusiformes límbicas y las células en espejo que afianzan la mentalidad humana prosocial.

Las neuronas en espejo residen en la ínsula y en la circunvolución anterior y parecen mediar la empatía, la experiencia de «sentir» las emociones de otro. La RMf de las células en espejo prosociales que se ubican en la corteza del cíngulo anterior y la ínsula es muy activa en individuos con los máximos grados de conciencia social y empatía, confirmados por pruebas de lápiz y papel (40).

Ocho emociones positivas (amor, esperanza, goce, perdón, compasión, fe, asombro y gratitud) comprenden las emociones positivas y «morales» importantes que se incluyen en este modelo. Tiene gran importancia que las ocho emociones positivas seleccionadas tengan que ver con la conexión humana; ninguna es todo sobre «mí»; todas están orientadas al futuro; y todas parecen ser un denominador común de la fe importante del mundo (41). Se omiten en la lista otras cinco emociones positivas orientadas en el presente (excitación, interés, satisfacción, humor y un sentido de dominio (pues podemos sentir estas últimas cinco emociones estando solos en una isla desértica).

Las emociones negativas tienen una tremenda importancia para la supervivencia del individuo y todas tienen que ver «conmigo». Sentimos emociones de venganza y de perdón con profundidad, pero los resultados de estas dos emociones a largo plazo para la salud mental son muy diferentes. Las emociones negativas son decisivas para la supervivencia en el tiempo presente. Los experimentos realizados por neurocientíficos como J. Panskepp (42) y psicólogos como B. Fredrickson (33) y S. Lyubormirsky (43) documentan que, si bien las emociones negativas reducen la atención y omiten el bosque por los árboles, las emociones positivas, sobre todo el goce, hacen que los patrones de pensamiento sean más flexibles, creativos, integradores y eficientes. Enfocándose en el tiempo futuro, las emociones positivas aumentan nuestra tolerancia a los extraños, expanden nuestra brújula moral y aumentan nuestra creatividad (34).

El efecto de las emociones positivas sobre el sistema nervioso autonómico tiene mucho en común con la respuesta

de relajación y la meditación. Las emociones negativas, a través de nuestro sistema nervioso simpático, inducen a la activación metabólica y cardíaca. Las emociones positivas, a través de nuestro sistema nervioso parasimpático, reducen el metabolismo basal, la tensión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la tensión muscular. Los estudios sobre el yoga Kundalini mediante RMf demuestran que la meditación aumenta la actividad del hipocampo y la amígdala lateral derecha, lo cual a su vez da por resultado una estimulación parasimpática y la sensación de una paz profunda (44).

SALUD MENTAL DEFINIDA COMO INTELIGENCIA SOCIO-EMOCIONAL

La inteligencia socioemocional refleja una salud mental por arriba del promedio en la misma forma en que un cociente intelectual alto refleja una aptitud intelectual superior al promedio. Tal inteligencia emocional yace en el centro de la salud mental positiva. En su *Ética Nicomáquea*, Aristóteles definió la inteligencia socioemocional de la manera siguiente: «Toda persona puede enfurecerse –eso es fácil–. Pero el enojarse con la persona correcta, en el grado correcto y en el momento adecuado, con el propósito correcto y en la forma correcta –eso no es fácil–». No obstante, apenas hace 50 años, un libro de texto sobre inteligencia descartó el concepto de tal inteligencia social aristoteliana considerándolo «inútil». De hecho, apenas en la década de 1970 la modulación de las «relaciones de objeto» se volvió más importante para la psiquiatría que la modulación del «instinto».

La inteligencia social y emocional puede definirse por los siguientes criterios (45): la percepción consciente exacta y la vigilancia de las propias emociones; la modificación de nuestras emociones de manera que su expresión sea apropiada; el reconocimiento preciso de las emociones en otros y la respuesta adecuada a las mismas; habilidad para negociar relaciones cercanas con otros; capacidad para enfocar las emociones (motivación) hacia una meta deseada.

En los últimos 25 años se han adoptado pasos para aplicar nuestra comprensión de la relación de la intelligen-

cia socioemocional con la salud mental positiva. El primer paso es que tanto la RMf como la experimentación neurofisiológica han originado avances en nuestra comprensión de la integración de la corteza prefrontal con el sistema límbico (46,47).

El segundo paso adelante ha sido nuestro avance lento pero constante en la conceptualización e incluso la medición de la «inteligencia emocional». Durante el último decenio han evolucionado con rapidez las mediciones de la inteligencia emocional (48).

Hay en la actualidad muchos ejercicios para manejar las relaciones que ayudan a parejas, ejecutivos de negocios y a los diplomáticos a volverse más diestros en la resolución de conflictos y en las negociaciones. En los últimos decenios también se ha hecho un esfuerzo creciente por enseñar capacidades emocionales y sociales centrales a los niños escolares, a lo que a veces se le denomina «alfabetismo emocional» (45).

LA SALUD MENTAL CARACTERIZADA COMO BIENESTAR SUBJETIVO

Mucho antes que los filósofos ponderasen los criterios para la salud mental, consideraban los criterios de felicidad y de la «buena vida». Sin embargo, si a través de los siglos los filósofos a veces han considerado la felicidad como el máximo bien, los psicólogos y los psiquiatras han tenido la tendencia a sospecharlo.

La felicidad que se deriva del goce o del amor altruista (agape) o del autocontrol y la autoeficacia o de jugar y «fluir» (participación profunda pero sin esfuerzo) refleja salud. La felicidad que proviene de la disciplina espiritual y de la concentración, o del humor maduro o del alivio de la atención narcisista en la vergüenza, los resentimientos y el «pobre de mí» es una bendición. La felicidad auténtica, según Seligman, depende de lograr el compromiso, la significación, las emociones positivas y las relaciones positivas (18).

Por otra parte, la felicidad subjetiva puede tener facetas de inadaptación y de adaptación. La búsqueda de felicidad puede parecer egoísta, narcisista, superficial y banal. El placer hedonista puede surgir fácilmente y pronto desaparecer. La felicidad ilusoria se observa en la estructura del carácter asociada a los trastornos bi-

polares y disociativos y en la exaltación del «mí» preconizada por gran parte de la psicología estadounidense. Los ejemplos de «felicidad» inadaptada pueden designar cualquier necesidad primitiva no modulada pero compensadora como la alimentación compulsiva, el abuso de drogas, las rabietas, la promiscuidad y la venganza. A causa de tal ambigüedad de significación en este artículo el término «bienestar subjetivo» sustituirá al de felicidad.

El resto del mundo siempre se ha mostrado escéptico en torno al interés de los estadounidenses por la felicidad. Sólo en los últimos decenios investigadores como M. Seligman y E. Diener (49,50) señalaron que una función primaria del bienestar subjetivo es que facilita el autocuidado y por tanto se convierte en un antídoto a la desesperanza aprendida. De nuevo, tras el ajuste con respecto a ingresos, educación, peso, tabaquismo, bebida y enfermedades, las personas que tienen un alto bienestar subjetivo viven significativamente más tiempo (51).

No obstante, los esfuerzos para medir el bienestar subjetivo han sido muy variados y carecen de una norma ideal. Algunos investigadores miden el bienestar subjetivo como simplemente satisfacción global en la vida; otros investigadores valoran dominios más específicos como la satisfacción en el trabajo o conyugal. Sin embargo, la pregunta «¿cómo se siente con respecto a su vida en general?», contestada en una escala simple de siete puntos que fluctuaba desde «satisfecho» a «terrible», funciona sorprendentemente bien.

Dado que las variables ambientales breves pueden tener un efecto de confusión, está surgiendo el consenso de que los métodos naturalistas de experiencia y muestreo son la forma más válida de valorar el bienestar subjetivo. Con tales métodos de muestreo, a los sujetos de investigación se les establece contacto mediante biper en horas fortuitas durante el día durante días o semanas y en cada intervalo se les pide que valoren su bienestar subjetivo (52). Mejor aun, para distinguir la autonotificación verbal de la experiencia subjetiva real, han resultado útiles las medidas fisiológicas del estrés (p. ej., mediciones de la respuesta galvánica de la piel, el cortisol salival y la filmación de la expresión facial con cámaras ocultas).

LA SALUD MENTAL CONCEBIDA COMO RESISTENCIA A LA ADVERSIDAD

Hay tres clases amplias de mecanismos cooperadores que los seres humanos utilizan para superar las situaciones estresantes. Las primeras dos son conscientes: búsqueda del apoyo social y de estrategias cognitivas que intencionalmente utilizamos para controlar el estrés. El tercer mecanismo de adaptación es mediante mecanismos involuntarios que distorsionan nuestra percepción de la realidad interna y externa a fin de reducir la tensión subjetiva, la ansiedad y la depresión.

Estos mecanismos mentales involuntarios son definidos por la Escala de Función Defensiva del DSM-IV como defensas. Pueden abolir los impulsos (p. ej., mediante la formación reactiva) o la conciencia (p. ej., mediante la simulación) o la necesidad por otras personas (p. ej., mediante fantasía esquizoide) o realidad (p. ej., mediante la negación psicótica). Pueden abolir nuestro reconocimiento consciente del sujeto (p. ej., por la proyección) o la conciencia de un transgresor (p. ej., volteándose contra el yo) o abolir la idea (p. ej., mediante represión) o el afecto inherente a una idea (p. ej., aislamiento del afecto/intelectualización).

La categoría más patológica de los mecanismos de adaptación comprenden la negación y la distorsión de la realidad externa. Más frecuentes en la vida cotidiana son las defensas inmaduras y de inadap-tación que se identifican en adolescentes y en adultos con trastornos de la personalidad: proyección, agresión pasiva,

representación y fantasía esquizoide. La tercera clase de defensas, a menudo relacionadas con los trastornos por ansiedad y con la psicopatología de la vida cotidiana, están representadas por la represión, la intelectualización, la formación reactiva y el desplazamiento (es decir, dirigir el afecto a un objeto más neutral).

La cuarta clase de mecanismos de adaptación involuntarios caracteriza a la salud mental (53). Las «defensas maduras» todavía distorsionan y alteran los sentimientos, la conciencia, las relaciones y la realidad, pero logran estas alteraciones con gracia y flexibilidad. El hacer por los demás lo que se haría por sí mismo (altruismo), el mantener rígido el labio superior (supresión), el mantener presente el dolor futuro (previsión), la capacidad de no tomarse seriamente a sí mismo (humor) y el convertir limones en limonada (sublimación) son la esencia de la que está hecha la salud mental positiva. Sin embargo, lamentablemente, estas conductas no pueden lograrse por un simple acto de voluntad consciente. Por tanto, quien las tiene considera tales defensas adaptativas como virtudes, así como el protagonista puede considerar como pecados el prejuicio de la proyección y las rabietas de la desinhibición. Por último, al igual que otras facetas de la salud mental, la identificación fiable de los mecanismos de adaptación sanos pero involuntarios precisa un estudio longitudinal. Los estudios realizados en el Instituto del Desarrollo Humano de Berkeley (54) y el Estudio del Desarrollo del Adulto de Harvard (55) han ilustrado la importancia de las defensas maduras para la salud mental.

Al igual que la psiquiatría debe comprender de qué manera, en el eje V, una calificación de 75 podría convertirse en 90, del mismo modo la psiquiatría debe comprender cómo facilitar mejor la transmutación de estilos de adaptación menos maduros en más maduros. Se están logrando avances en el empleo de estudios de resonancia magnética funcional para demostrar cómo estos mecanismos son iniciados por el cerebro (46,47) y de qué manera utilizar métodos empíricos para demostrar cambios en la maduración de las defensas durante la psicoterapia (56).

CONCLUSIONES

En este artículo se han señalado siete modelos conceptualmente diferentes de la salud mental positiva. Como se señala en la tabla 1, el Estudio del Desarrollo del Adulto en Harvard representa una ilustración empírica de la interrelación de cinco de estos modelos diferentes en un estudio prospectivo de hombres no delincuentes que residen en barrios pobres (55). Cada uno de los cinco modelos (medidos por evaluadores independientes) no sólo se correlacionó en grado significativo con los otros cuatro, sino que cada modelo pronosticó una salud mental objetiva valorada 15 años más tarde. Resulta significativo que ninguno de los cinco modelos fue bien pronosticado por la clase social de los progenitores, o incluso por el entorno cálido durante la infancia.

El concepto de salud mental plantea la cuestión de las intervenciones terapéuticas para lograrla. ¿Cuáles facetas de la salud mental son fijas y cuáles son susceptibles de cambio? Como se señaló antes, las sustancias químicas pueden aliviar la salud mental sólo a través de la educación cognitiva, conductual y psicodinámica.

Por último, el estudio de la salud mental positiva precisa salvaguardas. En primer lugar la salud mental debe definirse ampliamente en términos que tomen en cuenta e incluyan los factores culturales. En segundo lugar, los criterios de salud mental deben validarse en forma empírica y longitudinal. Por último, aunque la salud mental es uno de los valores importantes de la humanidad, no debiera considerarse como una meta final en sí misma. Debemos continuar con nuestros esfuerzos para tratar de lograr la salud mental positiva y a la vez mantener el debido respeto por la autonomía individual.

Tabla 1. Correlación cruzada entre diferentes modelos de salud mental a mediana edad y su valor pronóstico e independencia de la clase social de los progenitores y del medio ambiente en la infancia: datos provenientes del Estudio del Desarrollo de Adulto en Harvard

	A	B	C	D	E
Modelo A: GAF a los 50 años de edad	-				
Modelo B: madurez	.59	-			
Modelo C: inteligencia social	.38	.44	-		
Modelo D: bienestar subjetivo	.40	.30	.40	-	
Modelo E: resistencia a la adversidad	.76	.52	.39	.31	-
Salud mental global objetiva a los 65 años	.45	.33	.30	.56	.45
Clase social de los progenitores	.06	.40	.18	.13	.07
Entorno cálido en la infancia	.05	.04	.07	.07	.03

GAF, valoración global del funcionamiento.

Todas las correlaciones > .25 son significativas a una $p < 0,001$.

Agradecimientos

Este estudio fue apoyado por la beca de investigación MH42248 del National Institute of Mental Health.

Bibliografía

- Leighton AH. My name is Legion: the Stirling County Study, Vol. 1. New York: Basic Books, 1959.
- Clausen J. American lives. New York: Free Press, 1993.
- Jones CJ, Meredith W. Developmental paths of psychological health from early adolescence to later adulthood. *Psychol Aging* 2000;15:351-60.
- Vaillant GE. Adaptation to life. Boston: Little Brown, 1977.
- Vaillant GE. Aging well. New York: Little Brown, 2002.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental Disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
- Srole L, Langer TS, Michael ST et al. Mental health in the metropolis. New York: Mc-Graw Hill, 1962.
- Leighton DC, Harding JS, Macklin D et al. The character of danger, vol. 3. The Stirling County Study. New York: Basic Books, 1963.
- Offer D, Sabshin M. Normality: theoretical and clinical concepts of mental health. New York: Basic Books, 1966.
- Jahoda M. Current concepts of positive mental health. New York: Basic Books, 1958.
- Grinker RR Sr., Grinker RR Jr., Timberlake J. A study of mentally healthy young males (homoclitics). *Arch Gen Psychiatry* 1962;6:405-53.
- Korchin SJ, Ruff GE. Personality characteristics of the Mercury astronauts. In: Grosser GH, Wechsler H, Greenblatt M (eds). The threat of impending disaster. Cambridge: MIT Press, 1964.
- Luborsky L. Clinicians' judgment of mental health: a proposed scale. *Arch Gen Psychiatry* 1962;7:407-17.
- Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL et al. The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:766-71.
- Armeli BA, Gerin P, Luborsky L et al. Clinician's judgment of mental health: an international validation of HSRS. *Psychother Res* 1991;1:31-8.
- Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology. *Am Psychol* 2000;55:5-14.
- Lief A (ed). The commonsense psychiatry of Dr. Adolf Meyer. New York: McGraw-Hill, 1948.
- Seligman MEP. Flourish. New York: Free Press, 2011.
- Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS et al. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:681-9.
- Peterson C, Seligman MEP. Causal explanations as a risk factor for depression: theory and evidence. *Psychol Rev* 1984;91:347-74.
- Peterson C, Seligman MEP. Character strengths and virtues. New York: Oxford University Press, 2004.
- Yakovlev PI, Lecours AR. The myelogenetic cycles of regional maturation of the brain. In: Minkowski A (ed). Regional development of the brain in early life. Oxford: Blackwell, 1967.
- Benes FM, Turtle M, Khan Y et al. Myelination of a key relay in the hippocampal formation occurs in the human brain during childhood, adolescence and adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:477-84.
- Carstensen LL. Evidence for life-span theory of socio-emotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science* 1995;4:151-6.
- Erikson E. Childhood and society. New York: Norton, 1950.
- Loevinger J. Ego development. San Francisco: Jossey-Bass, 1976.
- Kohlberg L. Essays on moral development, Vol. 2: The nature and validity of moral stages. San Francisco: Harper Row, 1984.
- Menninger WC. A psychiatrist for a troubled world: selected papers of William C. Menninger, M.D. New York: Viking Press, 1967.
- White RW. Lives in progress, 3rd ed. New York: Holt Rinehart & Winston, 1975.
- Friedman HS, Martin LR. The Longevity Project. New York: Hudson Street Press, 2011.
- Vaillant GE, Milofsky ES. Natural history of male psychological health: IX. Empirical evidence for Erikson's model of the life cycle. *Am J Psychiatry* 1980;137:1348-59.
- Vaillant GE. The wisdom of the Ego. Cambridge: Harvard University Press, 1995.
- Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions. *Am Psychol* 2001;56:218-26.
- Vaillant GE. Spiritual evolution: a scientific defense of faith. New York: Doubleday Broadway, 2008.
- MacLean PP. The triune brain in evolution. New York: Plenum, 1990.
- Harlow H. The nature of love. *Am Psychol* 1958;13:673-85.
- Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. London: Tavistock, 1979.
- Allman JM, Watson KK, Tetreault NA et al. Intuition and autism: a possible role for Von Economo neurons. *Trends in Cognitive Science* 2005;9:367-73.
- Rizzolatti G. The mirror neuron system and its function in humans. *Anat Embryol* 2005;210:419-21.
- Kaplan JT, Iacoboni M. Getting a grip on the other's mind: mirror neurons, intention, understanding and cognitive empathy. *Social Neuroscience* 2006;1:175-83.
- Armstrong K. The great transformation. New York: Knopf, 2006.
- Panskepp J. Affective neuroscience. The foundations of human and animal emotion. New York: Oxford University Press, 1998.
- Lyubomirsky S, King L, Diener E. The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychol Bull* 2005;131:803-55.
- Thayer JF, Sternberg EM. Neural aspects of immunomodulation: focus on the vagus nerve. *Brain, Behavior, and Immunity* 2010;24:1223-8.
- Goleman D. Emotional intelligence. New York: Bantam Books, 1995.
- Etkin A, Egner T, Peraza DM et al. Resolving emotional conflict: a role for the rostral anterior cingulate cortex in modulating activity in the amygdala. *Neuron* 2006;51:871-82.
- Westen D, Blagou PS, Harenski K et al. Neural bases of motivated reasoning: an fMRI study of emotional constraints on partisan political judgments in the 2004 U.S. Presidential Election. *J Cogn Neurosci* 2006;18:1947-58.
- Mayer JD, Salovey P, Caruso D. Emotional Intelligence Test (MSCEIT). Toronto: Multi-Health Systems, 2002.
- Diener E, Suh EM, Lucas RE et al. Subjective well-being: three decades of progress. *Psychol Bull* 1999;125:276-302.
- Diener E. Subjective well-being. *Am Psychol* 2000;55:34-43.
- Diener E, Chan MY. Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being* 2011;3:1-43.
- Csikszentmihalyi M. Flow: the psychology of optimal experience. New York: Harper Row, 1990.
- Vaillant GE. Adaptive mental mechanisms: their role in a positive psychology. *Am Psychol* 2000;55:89-98.
- Haan N. Coping and defending. San Diego: Academic Press, 1977.
- Vaillant GE, Schnurr P. What is a case? A 45-year study of psychiatric impairment within a college sample selected for mental health. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:313-27.
- Perry JA, Beck SM, Constantinides P et al. Studying change in defensive functioning in psychotherapy, using defense mechanism rating scales: four hypotheses, four cases. In: Levy RA, Ablon JS (eds). Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy. Totowa: Humana Press, 2008:121-53.

Salud mental positiva: un programa para investigación

ALAN CARR

School of Psychology, University College Dublin, Belfeld, Dublin 4, Ireland

Vaillant proporciona un análisis pormenorizado de siete modelos para conceptualizar la salud mental positiva. Propone que la mejor manera de comprender la salud mental es llevar a cabo estudios longitudinales de múltiples poblaciones, en contextos culturalmente diversos, utilizando instrumentos que valoren múltiples conceptualizaciones.

Considerando el futuro, coincido con Vaillant en que es necesaria la investigación teórica y empírica para establecer la conceptualización más útil de la salud mental positiva. Por el lado teórico, es necesario esclarecer e integrar los conceptos actuales superpuestos pero distintos en un modelo global más amplio. Por el lado empírico, es preciso crear y refinar instrumentos para medir los conceptos de salud mental positiva en múltiples niveles, los que comprenden autopercepción, valoraciones de la conducta, respuesta psicofisiológica y funcionamiento neurobiológico. También existe la necesidad de vincular la investigación en torno a la salud mental positiva con las características psicológicas del funcionamiento normal y anormal en las diferentes etapas de la vida. En concreto, sería útil determinar los vínculos entre la salud mental positiva y la inteligencia, el temperamento, los rasgos de personalidad, la autorregulación y el apego, a través de la investigación genética, neurobiológica, psicométrica y del desarrollo.

La salud mental positiva se debe distinguir de la inteligencia según se define desde el punto de vista psicométrico, así como de otras formas de inteligencia en modelos como las inteligencias múltiples de Gardner (1). Sin duda un cociente intelectual alto y una salud mental positiva no son sinónimos. No obstante, la salud mental y la inteligencia (según se define mediante las pruebas de cociente intelectual) conllevan solución eficaz de los problemas y adaptación al medio ambiente. Una interrogante importante de investigar tiene que ver con la naturaleza y el grado de imbricación entre la inteligencia valorada con instrumentos psicométricos y la salud mental positiva en el curso de la vida.

Vaillant señala que la salud mental positiva se ha equiparado a la inteligencia social y emocional. También se plantea que la inteligencia existencial o espiritual, o de hecho una etapa avanzada del desarrollo moral (2), pueden ser centrales para la salud mental positiva, dada la correlación bien establecida entre los cultos y el bienestar (3). Aun sigue sin esclarecerse cuáles son las relaciones entre la salud mental positiva y otras formas de inteligencia, como la musical, la cinestésica y la naturalista. Pueden plantearse razonamientos similares para los conceptos de talento y creatividad. Es plausible que determinados individuos sean excepcionalmente talentosos o creativos en la forma en que abordan aspectos relevantes a su propia salud mental positiva.

Implícito en las teorías del temperamento y de rasgo de la personalidad está un concepto de salud mental positiva que conlleva un tipo específico de características de la personalidad. Por ejemplo, los lactantes con temperamentos llevaderos pueden verse como portadores de una mejor salud mental que aquellos con temperamentos difíciles o de conducta inhibida. En las teorías de los rasgos, como la teoría de los cinco factores de la personalidad, los individuos con altos grados de estabilidad emocional, extraversión, complacencia, escrupulosidad y apertura a la experiencia, pueden considerarse como portadores de una mejor salud mental que los que tienen otros rasgos. Vaillant hace referencia a este tipo de enfoque en su sección sobre salud mental como la existencia de múltiples fortalezas humanas. Sin embargo, quisiera subrayar la importancia de vincular la investigación en torno a la salud mental positiva con el considerable conocimiento existente en torno al temperamento y los rasgos de la personalidad (4).

Una vasta literatura acerca de la autorregulación esclarece factores pertinentes a la capacidad para persistir en acción motivada y a la vez tolerar la tensión (5). Esta capacidad puede ser un aspecto de la salud mental positiva y probablemente esté relacionada con el mecanismo de defensa adaptativa descrito en el apartado de resistencia a la adversidad del artículo de Vaillant. La investigación en la autorregulación y la salud mental

positiva debiera ser una prioridad futura importante.

Estudios sobre el apego han demostrado que durante el curso de la vida pueden identificarse estilos de apego seguros e inseguros, de modo tal que los estilos de apego seguros se asocian a una mejor adaptación psicológica (6). Las personas con estilos de apego seguro, como resultado de una crianza sensible en las primeras etapas de la vida, adquieren modelos de trabajo interno de sí mismos y de otros que comprenden la expectativa de que los demás estarán confiablemente disponibles para satisfacer las necesidades de apego. Esta disposición de confianza supuestamente es un componente clave de la salud mental positiva y un campo que precisa más investigación.

Una integración de los modelos actuales de la salud mental positiva abordada en el estudio de Vaillant para un modelo global, y la investigación que vincule tal modelo integrador con la inteligencia, el temperamento, los rasgos de personalidad, la autorregulación y el apego fundamentarán nuestra comprensión de la salud mental positiva dentro del conocimiento actual sobre el desarrollo normal en las diferentes etapas de la vida y representa una base científica para establecer programas de intervención que promuevan la salud mental positiva.

Bibliografía

1. Gardner H. *Frames of mind: theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books, 2004.
2. Killen M, Smetana J. *Handbook of moral development*. London: Psychology Press, 2006.
3. Myers D, Eid M, Larsen R. Religion and human flourishing. In: Eid E, Larsen R (eds). *The science of subjective well-being*. New York: Guilford, 2008:323-46.
4. Bates J, Schermerhorn A, Goonight J. Temperament and personality through the lifespan. In: Lamb M, Freund A (eds). *The handbook of lifespan development*. Vol. 2. Social and emotional development. New York: Wiley, 2010:208-53.
5. Forgas J, Baumeister R, Tice D. *Psychology of self-regulation: cognitive, affective, and motivational processes*. New York: Psychology Press, 2009.
6. Cassidy J, Shaver P. *Handbook of attachment*, 2nd ed. New York: Guilford, 2008.

La perspectiva de la teoría de la autodeterminación en torno a la salud mental positiva en las culturas

KENNON M. SHELDON

Department of Psychology, University of Missouri, Columbia, MO 65211, USA

Vaillant proporciona un panorama histórico y actual admirable del concepto de «salud mental positiva» en el que se bosquejan siete diferentes concepciones de este estado fortuito. Resulta interesante que si bien el título del artículo plantea si hay una definición intercultural de la salud mental positiva, Vaillant no invierte mucho tiempo en abordar la cuestión intercultural. ¿Son válidos en otras culturas los siete modelos descritos? Realmente no lo sabemos. Vaillant introduce una metáfora relevante para describir a los campeones de decatón, diciendo que «todos los deportistas de decatones compartirán las características positivas de fuerza muscular, velocidad, resistencia, gracia y determinación competitiva, aunque las combinaciones pueden variar». Esto indica que la salud mental positiva podría caracterizarse en las mismas formas básicas en todas las culturas, aun cuando las culturas específicas puedan diferir en sus grados o mezclas de estas características (es decir, algunas culturas podrían tener más «fuerza», otras más «velocidad»). Sin embargo, Vaillant no conjetura con respecto a la manera en que los diferentes tipos de cultura podrían evidenciar más o menos de los siete conceptos de salud positiva mental que analiza.

A fin de esclarecer estos aspectos, describiré brevemente la teoría de la autodeterminación, una teoría de la salud motivacional que ha recibido un apoyo empírico considerable en los últimos cuatro decenios, que considero representa una octava concepción (y tal vez más fundamental) de la salud mental (1-3). Es posible que algunos lectores de esta revista no estén familiarizados con esta teoría, la cual encaja en el amplio paraguas de la «psicología positiva». Una ventaja de la teoría es que se ocupa no sólo de lo positivo, sino también de la lucha por obtener lo positivo en el contexto de condiciones y limitaciones potencialmente negativas. La teoría también establece propuestas firmes en torno a la naturaleza de la motivación positiva en las culturas, las cuales se han confirmado empíricamente.

La teoría de la autodeterminación presupone un individuo inherentemente activo, descubriendo y obedeciendo a motivaciones intrínsecas y en el proceso aprendiendo, creciendo y mejorando. Las motivaciones intrínsecas surgirán en forma automática, mientras los entornos las apoyen (lamentablemente, «los entornos controladores» pueden minarlas). La teoría también propone que todos los seres humanos tienen tres necesidades psicológicas básicas, o requisitos experienciales, cuya procuración respalda la motivación intrínseca, el crecimiento y la salud, así como la procuración de los requisitos físicos básicos respalda el crecimiento y la salud de las plantas (4). Las tres necesidades son: autonomía (necesidad de autorregulación; de ser dueño de las propias acciones e identificarse con el comportamiento propio); competencia (necesidad de ser eficiente; de desplazarse hacia el mayor dominio y destreza); y conectividad (necesidad de sentir la conexión psicológica con otras personas importantes; apoyar y ser apoyado por tales personas).

Cabe hacer notar que estas tres necesidades se corresponden con el postulado de «amar y trabajar» de Freud, con la estipulación de que el trabajo debe ser significativo y seleccionarse en forma autónoma. Las tres necesidades también se corresponden con la definición de salud mental de Jahoda, descritas en el artículo de Vaillant; la salud mental comprende «autonomía» (estar en contacto con la propia identidad y sentimientos); invertir en la vida (autoactualización y orientación hacia el futuro); solución eficiente de problemas (percepción exacta de la realidad, resistencia al estrés, dominio del entorno); y la capacidad de amar, trabajar y jugar. La teoría de la autodeterminación propondría que la inversión en la vida y la orientación futura surgen de manera automática cuando se satisfacen las otras tres necesidades.

Según la teoría de la autodeterminación, estas tres necesidades evolucionaron porque los humanos que buscaban estos productos psicosociales, y que eran apoyados psicológicamente cuando los obtenían, tenían una ventaja selectiva en comparación con los seres humanos que no lo hacían. Una extensa bibliografía de investigaciones respalda ahora que estos

son los tres componentes decisivos de la salud y el bienestar, que las limitaciones de espacio me impiden abordar con más detalle. Sólo como un ejemplo, en un artículo publicado en 2001 se evaluaron 10 necesidades psicológicas putativas en cuanto a su presencia (o ausencia) relativa en los «sucesos más satisfactorios» auto-descritos por las personas (5). La autonomía, la competencia y la conectividad surgieron como las más importantes en este estudio; el placer hedónico, el éxito económico, la popularidad y posición social, la seguridad y la confianza e incluso la salud física y la autoactualización, no fueron respaldadas como necesidades básicas por los criterios del estudio.

Volviendo a la cuestión intercultural, la propuesta de que estas son necesidades básicas evolutivas de la naturaleza humana señala que debieran ser universalmente importantes en todas las culturas. La bibliografía claramente respalda esto: sólo como un ejemplo, Sheldon et al (6) descubrieron que estas tres necesidades pronosticaban emociones positivas y satisfacción con la vida en un grado similar en 20 culturas diferentes, entre ellas culturas africana, asiática, europea, latina y de Oceanía. Este enfoque empírico da por sentado, como evidencia de que un estado de necesidad putativa representa una verdadera necesidad, que pronostica la emoción positiva y el bienestar subjetivo (dos de los siete conceptos de salud mental positiva descritos por Vaillant).

En la teoría de la autodeterminación, la emoción positiva y el bienestar subjetivo son sólo productos secundarios de la satisfacción de necesidades, más que indicadores de la salud mental en sí mismos. De hecho, la teoría de la autodeterminación podría señalar que todas las formas de salud mental en última instancia son respaldadas, y originadas, por la satisfacción de necesidades psicológicas.

¿Cómo, pues, difieren las culturas en su salud mental? Según la teoría de la autodeterminación, las culturas difieren en el grado en el cual respaldan la satisfacción de las necesidades básicas de las personas y por consiguiente algunas culturas estarán mejorando (en promedio) más que otras. Por ejemplo, la necesidad de autonomía suele estar menos bien apoyada en las sociedades asiáticas,

a juzgar por las menores calificaciones de satisfacción de la necesidad de autonomía en esas culturas, lo cual explica en parte los grados reducidos de emociones positivas y de bienestar subjetivo que se observan en tales culturas.

Volviendo a la metáfora del decatón, hay algunos componentes experienciales clave para la salud mental. Las personas psicológicamente sanas de todas las sociedades pondrán de manifiesto grandes cantidades de estos componentes. Sin embargo, las sociedades aportan y respaldan estos componentes en una mezcla variable. Por ejemplo, en su estudio de 2001, Sheldon et al (6) demostraron que los surcoreanos comunicaban más satisfacción con la necesidad de conectividad que de competencia entre sus «sucesos más satisfactorios», en tanto que el orden fue opuesto en Estados Unidos. No obstante, la competencia y la conectividad pronosticaron emociones positivas en el mismo grado en las dos culturas.

En resumen, la teoría de la autodeterminación trata de especificar los nutrientes «psicológicos» necesarios para todas las formas de salud mental, en todas las culturas. Las diferencias individuales y culturales en la satisfacción de necesidades pueden explicar las divergencias individuales y culturales en muchas clases de salud mental positiva (7).

Bibliografía

1. Deci EL, Ryan RM. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum, 1985.
2. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the role of basic psychological needs in personality and the organization of behavior. In: John O, Roberts R, Pervin LA (eds). Handbook of personality: theory and research. New York: Guilford, 2008:654-78.
3. Sheldon KM. Optimal human being: an integrated multi-level perspective. New Jersey: Erlbaum, 2004.
4. Ryan RM. Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *J Pers* 1995;63:397-427.
5. Sheldon KM, Elliot AJ, Kim Y et al. What's satisfying about satisfying events? Comparing ten candidate psychological needs. *J Pers Soc Psychol* 2001;80:325-39.
6. Sheldon KM, Cheng C, Hilpert J. Understanding well-being and optimal functioning: applying the Multilevel Personality in Context (MPIC) model. *Psychol Inq* 2011;22:1-16.
7. Sheldon KM. Integrating behavioral-motive and experiential-requirement perspectives on psychological needs: a two process perspective. *Psychol Rev* (in press).

El rol clínico del bienestar psicológico

GIOVANNI A. FAVA

Department of Psychology, University of Bologna, Viale Berti Pichat 5, 40127 Bologna, Italy

Históricamente la investigación sobre la salud mental se ha inclinado drásticamente al lado de la disfunción psicológica y la salud se ha equiparado con la falta de enfermedad, más que con la presencia de bienestar. Ryff and Singer (1) señalaron que la falta de bienestar crea condiciones de vulnerabilidad ante posibles adversidades futuras y que el camino al restablecimiento duradero radica no exclusivamente en aliviar lo negativo, sino también en engendrar lo positivo. El sacar a la persona del funcionamiento negativo es una forma de éxito, pero facilitar el avance hacia el restablecimiento del funcionamiento positivo es otro muy distinto.

George Vaillant acertadamente señala las contribuciones relativas y la sensibilidad cultural de diferentes modelos de salud mental positiva. Sin embargo, el concepto de salud mental es inseparable del de bienestar psicológico. Un modelo exhaustivo creado por C. Ryff (2) representa una integración de diferentes puntos de vista. Abarca seis dimensiones psicológicas interrelacionadas: la valoración positiva de uno mismo, un sentido de crecimiento y desarrollo continuado, la creencia en que la vida tiene un propósito y significado, el tener relaciones de calidad con otros, la capacidad de manejar eficazmente la propia vida y un sentido de autodeterminación.

Diversos estudios clínicos han brindado apoyo sustancial a este modelo. La valoración del bienestar psicológico utilizando las escalas de bienestar psicológico (2) ha revelado que estas dimensiones a menudo están alteradas en los pacientes por trastornos afectivos y por ansiedad que remitieron con el tratamiento farmacológico o psicoterapéutico usual (3). La falta de bienestar psicológico ha resultado ser un factor de riesgo para la depresión (4). Se ha desarrollado y valorado en diversos estudios randomizados comparativos una estrategia psicoterapéutica específica para incrementar el bienestar psicológico y la resistencia a la adversidad. La psicoterapia del bienestar (WBT, por sus siglas en inglés) (2,3). La aplicación de la WBT, además de la psicoterapia cognitiva conductual (CBT)

normal, a los pacientes con depresión recidivante que respondieron al tratamiento farmacológico mostró una tasa de recaídas significativamente más baja en el seguimiento a seis años en comparación con el tratamiento clínico (CM) (5). Así mismo, se ha demostrado que la combinación sucesiva de CBT y WBT induce a un mayor grado de remisión, según se demostró en escalas de ansiedad y bienestar, en comparación con la CBT sola en el trastorno por ansiedad generalizada, y las ventajas persistieron en el seguimiento a dos años (6).

Un estudio randomizado y comparativo reciente sobre la ciclotimia (7) ha aclarado otros conceptos. Sesenta y dos pacientes con trastorno ciclotímico según el DSM-IV fueron asignados de manera aleatoria a CBT/WBT o CM. Después del tratamiento, se observaron diferencias significativas en todos los criterios de valoración y mayores mejoras después del tratamiento en el grupo con CBT-WBT en comparación con el grupo con CM. Las ventajas terapéuticas se mantuvieron en los seguimientos a uno y dos años. Estos resultados implican que una combinación sucesiva de CBT y WBT, que aborde tanto las polaridades de las fluctuaciones del estado de ánimo como la ansiedad concomitante, genera ventajas importantes y persistentes en el trastorno ciclotímico. Esta investigación señala que es el equilibrio entre diversas dimensiones psicológicas lo que más importa.

Ryff y Singer (1) resaltan la exhortación de Aristóteles de buscar «lo que es intermedio», evitando los excesos y los extremos. La búsqueda del bienestar puede de hecho ser tan solipsista e individualista que no deja espacio para la conexión humana y el bien social; o puede estar tan enfocado en las responsabilidades y los deberes ajenos a sí mismo que no se reconocen ni se desarrollan los talentos y capacidades personales. Ryff y Singer (1) aprecian por tanto el concepto del equilibrio, como una guía teórica y también como una realidad empírica que los académicos del bienestar deben tomar en cuenta.

La aplicación del modelo de Riff (2), tanto en términos de valoración como de tratamiento, indica por tanto que el bienestar óptimamente equilibrado difiere de una persona a otra: no hay una sola manera correcta de estar bien (las personas tienen

diferentes combinaciones de fortalezas y vulnerabilidades y se tiene que trabajar con lo que se tenga a la mano).

Así pues, las repercusiones interculturales del modelo son considerables y se debieran integrar en el modelo de Vaillant. Así mismo, Riff (2) resalta que los recursos de la personalidad debieran combinarse con las variables contextuales (trabajo, vida familiar, lazos sociales y condiciones socioeconómicas). El mensaje central es que la personalidad, el bienestar y el estrés se combinan en diferentes formas para diferentes personas.

G. Engel (8) definió los factores etiológicos como «factores que imponen una carga o que limitan la capacidad de los sistemas que intervienen en el crecimiento, el desarrollo o la adaptación». La salud mental positiva debiera tener como objetivo abordar estos factores etiológicos. La valoración del bienestar y de la

búsqueda de estrategias para mejorar el bienestar como la WBT se debieran incorporar en la valoración clínica y en los planes terapéuticos (9).

Bibliografía

1. Ryff CD, Singer BH. Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *J Happiness Stud* 2008;9:13-39.
2. Ryff CD. Challenges and opportunities at the interface of aging, personality and well-being. In: John OP, Robins RW, Pervin LA (eds). *Handbook of personality: theory and research*. New York: Guilford, 2008:399-418.
3. Fava GA, Tomba E. Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *J Personality* 2009;77:1903-34.
4. Wood AM, Joseph S. The absence of positive psychological (eudemonic) well-

being as a risk factor for depression: a ten year cohort study. *J Affect Disord* 2010;122:213-7.

5. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C et al. Six year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *Am J Psychiatry* 2004;161:1872-6.
6. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C et al. Wellbeing therapy of generalized anxiety disorder. *Psychother Psychosom* 2005;74:26-30.
7. Fava GA, Rafanelli C, Tomba E et al. The sequential combination of cognitive behavioral treatment and Well-being Therapy in cyclothymic disorder. *Psychother Psychosom* 2011;80:136-43.
8. Engel GL. A unified concept of health and disease. *Perspect Biol Med* 1960;3:459-83.
9. Fava GA, Sonino N, Wise TN (eds). *The psychosomatic assessment. New strategies for improving clinical practice*. Basel: Karger, 2012.

Desarrollo de la personalidad saludable y bienestar

C. ROBERT CLONINGER

Center for Well-Being, Washington University School of Medicine, 660 South Euclid Avenue, St. Louis, MO 63110, USA

George Vaillant describe siete conceptos de la salud mental positiva: funcionamiento eficaz, fortalezas de carácter, madurez, equilibrio emocional positivo, inteligencia socioemocional, satisfacción en la vida (verdadera felicidad) y resistencia a la adversidad. Sus descripciones reflejan sus notables contribuciones a la investigación epidemiológica de la salud mental así como sus afiliaciones al psicoanálisis y a la psicología positiva. Realiza la observación valiosa de que estos siete conceptos del bienestar se superponen considerablemente.

Las correlaciones observadas por Vaillant entre las medidas empíricas de estos conceptos indican que las interacciones retroactivas entre múltiples procesos distintos influyen en el desarrollo del bienestar como un sistema de adaptación complejo (1,2). El desarrollo del bienestar debe comprender tal sistema de adaptación compleja en virtud de que los mismos rasgos de personalidad pueden llevar a diferentes resultados en la salud (es decir, multifinalidad) y diferentes series de rasgos de personalidad pueden llevar al mismo resultado en la salud (es decir, equifinalidad) (2). En consecuencia, los

modelos de etapa lineal del desarrollo como los de Erikson, Piaget y Kohlberg son inadecuados.

La dinámica retroactiva del bienestar tiene repercusiones esperanzadas en la atención a la salud mental pues significa que hay múltiples caminos al bienestar que se pueden adoptar con las fortalezas y vulnerabilidades singulares de cada persona. Al mismo tiempo, tal dinámica compleja plantea un reto importante para la validación de las diferentes medidas de los componentes del bienestar. Las mediciones de los siete conceptos de bienestar que describe Vaillant se correlacionan en grado moderado con las medidas del Inventario del Temperamento y el Carácter (TCI) de la madurez (es decir, capacidad de autodirección y cooperatividad) y escasa evitación de daño (3). Lamentablemente, la variabilidad residual no está bien dilucidada por lo que respecta a contenido, estructura o función de otras dimensiones de la personalidad como la autotranscendencia y la persistencia, aunque se están logrando progresos (4-6).

No obstante, el carácter dinámico de los procesos que favorecen el bienestar implica que la autotranscendencia tiene un papel decisivo en el florecimiento de la salud con madurez, integridad, sabiduría, resistencia a la adversidad y creatividad. La espiral de madurez de Erikson y Vaillant puede relacionarse sistemáticamente con el desarrollo de los

tres rasgos de carácter de autodirección, cooperatividad y autotranscendencia (1). Al igual que Vaillant, el DSM-5 está proponiendo una definición general de personalidad saludable en términos relacionados con capacidad de autodirección y cooperatividad. Sin embargo, el DSM-5 hace caso omiso de la autotranscendencia, aun cuando los tres rasgos de carácter sean importantes para pronosticar los componentes físicos, mentales y sociales de la salud y la felicidad (3).

Una perspectiva autotranscendente de la unidad es de hecho fundamental para el desarrollo de una personalidad sana, aun cuando pueda estar devaluada en las culturas materialistas. Por ejemplo, el psicólogo humanista G. Allport señaló: «El impulso existencialista básico de crecer, buscar significación, buscar unidad también se da. Es un hecho importante –aun más destacado en la naturaleza del hombre que su propensión a ceder ante las presiones del entorno–» (7). Reconociendo la necesidad de un equilibrio dinámico entre la autonomía y la coherencia, Allport describió las características de la madurez psicológica como una serie adaptativa de siete funciones: a) autoextensión (participación auténtica y duradera en actividades significativas de la vida, como trabajo, vida familiar o servicio a los semejantes); b) formas confiables de relacionarse con calidez con otros, tales como tolerancia, empatía,

confianza y autenticidad; c) autoaceptación o seguridad emocional (la capacidad para regular y vivir con los propios estados emocionales); d) percepción realista y apreciación (ver el mundo como es en contraste con ser defensivo o distorsionar la realidad para adaptarla a los deseos de uno; e) centrarse en los problemas (solución de problemas de manera hábil); f) autoobjetivación (autoconciencia que permite a una persona conocerse a sí misma con claridad y humor); y g) una filosofía unificadora de la vida, que permite la comprensión y la integración de los propios valores y metas (7). Según Allport, una persona sana constantemente está luchando hacia la unificación de la personalidad mediante la integración de todos los aspectos de su vida.

Inspirado en las descripciones de la madurez psicológica de Allport y otros humanistas, C. Ryff ideó criterios fiables de los componentes de la salud mental, que denomina bienestar psicológico (8). Los criterios de Ryff han sido útiles para distinguir las correlaciones psicobiológicas del bienestar y el malestar (9). Sus hallazgos empíricos muestran que la falta de síntomas de trastornos mentales no garantiza la presencia de emociones positivas, como la satisfacción u otros indicadores del bienestar. Lamentablemente, la propuesta de Ryff no proporciona una medida adecuada de la autotranscendencia o una filosofía unificadora de la vida. Sus mediciones son explicadas moderadamente por la gran autodirección, la gran cooperatividad y la escasa evitación de daño. La medida del crecimiento personal de Ryff se correlaciona positivamente con la autotranscendencia pero sólo en un grado débil (10). Un modelo adecuado de bienestar precisará una mejor comprensión del papel de la autotranscendencia (5). En contraste con la defensividad y el control esforzado, una perspectiva de la unidad se expresa en actividades como fluidez en el desempeño deportivo, improvisación en la composición musical, percepción confiada del apoyo social y generosidad en donaciones caritativas, cada una de las cuales activan las zonas más recientemente evolucionadas del cerebro, sobre todo los polos prefrontales (11). La activación de la corteza prefrontal anterior produce sentimientos de satisfacción aun cuando se prevea adversidad o cuando se hagan sacrificios personales significativos.

En resumen, los conceptos de Vaillant pueden ayudar a las personas a reflejar el contenido y las funciones de los componentes de bienestar. Se necesita mucho

más investigación para desarrollar medidas empíricas que puedan distinguir de manera fiable los diferentes procesos que favorecen el desarrollo de la personalidad sana y el bienestar. Necesitamos comprender mejor el papel decisivo de la autotranscendencia junto con otras dimensiones de la personalidad en el desarrollo de la salud y la felicidad (3,5). La gran deficiencia de las clasificaciones emergentes de los trastornos mentales es que comprenden una escasa o nula comprensión de la ciencia del bienestar. Felicito a George Vaillant y a los directivos de *World Psychiatry* por sus papeles en fomentar este debate valioso en torno al bienestar.

Bibliografía

1. Cloninger CR. Feeling good: the science of well-being. New York: Oxford University Press, 2004.
2. Cloninger CR, Cloninger KM. Person-centered therapeutics. *International Journal of Person-centered Medicine* 2011;1:43-52.
3. Cloninger CR, Zohar AH. Personality and the perception of health and happiness. *J Affect Disord* 2011;128:24-32.

4. Cloninger CR, Zohar AH, Hirschmann S et al. The psychological costs and benefits of being highly persistent: personality profiles distinguish mood and anxiety disorders. *J Affect Disord* (in press).
5. Josefsson K, Cloninger CR, Hintsanen M et al. Associations of personality profiles with various aspects of well-being: a populationbased study. *J Affect Disord* 2011;133:265-73.
6. Cloninger CR. The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry* 2006;5:71-6.
7. Allport GW. Patterns and growth in personality. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1961.
8. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol* 1995;69:719-27.
9. Ryff CD, Dienberg Love G, Urry HL et al. Psychological well-being and ill-being: do they have distinct or mirrored biological correlates? *Psychother Psychosom* 2006;75:85-95.
10. Rozsa S, Cloninger CR. Personality and well-being. In preparation.
11. Cloninger CR. The evolution of human brain functions: the functional structure of human consciousness. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; 43:994-1006.

¿Qué es la salud y qué es positivo? La solución de la ICF

MICHAEL LINDEN

Charité University Medicine, Berlin and Rehabilitation Centre Seehof of German Federal Pension Agency, Teltow/Berlin, Germany

Al hablar sobre salud positiva es esencial aclarar los conceptos y las definiciones. Vaillant proporciona una gama de respuestas pero al mismo tiempo plantea incluso más interrogantes que necesitan un análisis detallado.

Una primera pregunta que es necesario aclarar es qué se quiere decir con «salud». Además de lo que describe Vaillant, es necesaria una definición de lo que se quiere decir por «positivo» y si «positivo» y «salud» son sinónimos. Vaillant hace referencia a personas excepcionales como astronautas o campeones de decatión. Esto indica que la salud positiva es algo diferente a la salud como tal, es decir, la salud de personas comunes. Si esto es lo que se quiere decir, la pregunta es ¿quién está interesado en los extremos de salud y podría siquiera denominarse esto salud?

¿Está el corazón desfigurado de un atleta sano o está enfermo, ya que puede matar a la persona pese al hecho de que temporalmente le ayuda a lograr altos puntajes en el deporte? y ¿no se denomina hipertimia a la felicidad y al bienestar persistentes? Así que, ¿cuál es el criterio para decir que algo es «saludable»? Necesitamos normas y Vaillant está en lo correcto al decir que no se pueden tomar de las distribuciones de puntuaciones ni de los logros.

Una segunda interrogante que es necesario aclarar es la relación existente entre salud y enfermedad. Vaillant dice que «la enfermedad mental es un trastorno que puede definirse de manera fiable» y luego contrasta la enfermedad mental con la «salud mental positiva». Contrario al punto de vista tradicional de que la «salud» y la «enfermedad» son dos extremos de un proceso continuo unidimensional, Vaillant propone un concepto bidimensional, por ejemplo, al hablar sobre un jugador de balompié de clase mundial con un tobillo roto que está enfermo y sano al

mismo tiempo. La suposición de que la salud y la enfermedad son dos dimensiones independientes permite estudiar la interacción entre ellas y no sólo medir sino también abordar tanto la enfermedad como la salud en forma específica. El problema en muchos casos, sobre todo en el tratamiento de las enfermedades crónicas, como infarto de miocardio, cáncer o ansiedad, no radica tanto en la enfermedad sino en el agravamiento de la salud a causa de la enfermedad. Hemos llamado a esto «el síndrome del huevo del cuclillo». Para tener un bello jardín, no es suficiente cortar las hierbas (tratar la enfermedad) sino también plantar flores (mejorar la salud). Hay una larga lista de intervenciones bien valoradas para mejorar la salud, que hemos resumido bajo el término de «salutoterapia» (1).

Una tercera pregunta que es necesario aclarar es cuáles dimensiones se incluyen bajo el término «salud». Vaillant hace referencia a siete campos de la investigación psicológica pero hay más conceptos de interés como son personalidad, inteligencia cognitiva (no sólo la inteligencia emocional), actividades de la vida cotidiana, capacidad de trabajo, adaptarse, competencia social, autoeficacia, adaptación, psicología del propósito de la vida, psicología de la sabiduría, calidad de vida y sentido de coherencia (2-5). Estas también son dimensiones importantes para describir la psicología de la salud y cada una es respaldada por una considerable base de investigación. Una pregunta más es por qué sólo se analizaron los conceptos psicológicos. ¿Acaso la salud mental no tiene dimensiones biológicas o somáticas? (6).

En resumen, la conclusión es que los problemas con la salud son los mismos que con la enfermedad. No hay una definición general de enfermedad ni de salud que capte todos los aspectos. Hay muchas enfermedades, con muy diferentes definiciones y criterios y en consecuencia debíamos hablar de muchas formas diferentes de salud. La estructura del artículo de Vaillant se orienta en esta dirección ya que describe no la salud sino la resistencia a la adversidad, el bienestar, etc., que son todas dimensiones importantes, necesarias y útiles, pero que no son «salud como tales».

¿Hay alguna forma de dar respuesta a las preguntas abiertas y llegar a un «diagnóstico diferencial» de salud? La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (ICF, en inglés), producida por la Organización Mundial de la Salud (7), puede servir de marco de ref-

erencia para la clasificación de la salud, al igual que la ICD en la clasificación de las enfermedades. La ICF describe la «salud funcional» distinguiendo entre función, capacidad, medio ambiente, persona y participación. La capacidad se califica en referencia a factores contextuales, lo cual resuelve el problema de las normas (8). Esto es análogo a las pruebas de inteligencia, en las que el cociente intelectual se calcula también basándose, por ejemplo, en la edad y la formación educativa. La ICF abarca las funciones somáticas y psicológicas e incluye una lista de actividades y factores contextuales así como recomendaciones para su valoración. La ICF proporciona un marco de referencia en el cual se pueden incluir todos los conceptos diferentes descritos por Vaillant, lo que demuestra que no tenemos que buscar «la» definición de salud, puesto que hay muchas «saludes», que atraen el interés de los psicoterapeutas cuando se necesitan, se ponen en peligro o se alteran en un determinado individuo y en un determinado momento (8-10).

Bibliografía

1. Linden M, Weig W (eds). Salutoterapie. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2009.
2. Antonovsky A. The salutogenetic model as a theory to guide health promo-

tion. *Health Promotion International* 1996;11:11-8.

3. Cantor N, Kihlstrom J.F. Personality and social intelligence. Englewood: Prentice Hall, 1987.
4. Endicott J, Nee J. Endicott Work Productivity Scale (EWPS): a new measure to assess treatment effects. *Psychopharmacol Bull* 1997;33:13-6.
5. Trompenaars FJ, Masthoff ED, Van Heck GL et al. Relationship between social functioning and quality of life in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Int J Soc Psychiatry* 2007;53:36-47.
6. Hellhammer D, Hellhammer J. Stress: the brain-body connection. Basel: Karger, 2008.
7. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: World Health Organization, 2001.
8. Linden M, Baron S, Muschalla B. Mini-ICF Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP). Göttingen: Huber, 2009.
9. Baron S, Linden M. The role of the "International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF" in the classification of mental disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008;255:81-5.
10. Linden M, Baron S, Muschalla B. Capacity according to ICF in relation to work related attitudes and performance in psychosomatic patients. *Psychopathology* 2010;43:262-7.

Bienestar positivo subjetivo

PER BECH

Psychiatric Research Unit, Mental Health Centre North Zealand, Dyrehavevej 48, DK-3400 Hillerød, Denmark

Entre los siete modelos de salud mental positiva tan claramente descritos por George Vaillant en este número de *World Psychiatry*, el modelo de bienestar subjetivo, que refleja el tono positivo de la definición de salud por la Organización Mundial de la Salud (WHO), tiene validez intercultural. De hecho, el propio Vaillant alude a la simple pregunta: ¿«Cómo se siente con respecto a su vida en general?» como una opción sencilla para tal medida de validez intercultural.

En la Escala de Calidad de Vida de la WHO (WHOQOL), otra pregunta «global» es: «Cómo calificaría su calidad de vida?» Este apartado se mide en una escala «bipolar» con categorías de respuesta tales como «mala», «ni mala ni buena» y «buena» (1). La WHOQOL

ha resultado útil en muchos estudios interculturales (1). A finales de la década de los 70, el Index Medicus aceptó las escalas de calidad de vida notificadas por los propios pacientes como criterios de valoración en los estudios clínicos. Las escalas de calidad de vida utilizadas con más frecuencia en las décadas de los 80 y los 90 fueron la Escala de Bienestar General Psicológico (2) y la Encuesta de Salud de 36 apartados en Formato Breve (SF-36) (3). Los análisis psicométricos de estas escalas identificaban los factores de salud física frente a mental. Después se creó el Índice de Bienestar de la WHO (5) (WHO-5) con el propósito de medir la salud mental positiva (4). La WHO-5 comprende los siguientes cinco apartados: a) el sentirse alegre y optimista, b) sentirse calmado y relajado, c) sentirse activo y con energía, d) sentirse fresco y descansado al despertarse y e) sentirse interesado en las actividades cotidianas. Las categorías de respuesta de Likert, que

toman en cuenta las últimas dos semanas, fluctúan desde «siempre» hasta «nunca». Al igual que en la SF-36, la calificación total en la WHO-5 fluctúa de 0 a 100, donde las calificaciones altas significan mejor bienestar. La disminución del bienestar positivo según se mide en la WHO-5 es un indicador sensible de problemas de salud mental (5) y en estudios clínicos la meta del tratamiento es aumentar las puntuaciones hasta las calificaciones medias en la población general, es decir, aproximadamente 70 (6).

El bienestar psicológico subjetivo o la calidad de vida relacionada con la salud suele considerarse una cuestión muy individualista, personal o ideográfica lo que implica que es muy difícil obtener una definición intercultural. Según se comentó en otra parte (7), el bienestar subjetivo podría en primer lugar considerarse como un lenguaje autorreflexivo, privado en el cual la persona se está comunicando consigo misma desde el momento en que se despierta, percibiendo y planificando el día, teniendo apetito emocional para comenzar su día. Sin embargo, los estudios realizados en todo el mundo han indicado que los apartados de la WHO-5 parecen cubrir percepciones vitales básicas del bienestar, lo que permite que este lenguaje privado se traduzca en un lenguaje simple de comunicación (6,7).

En la tabla 1 de este artículo, Vaillant demuestra que el bienestar subjetivo de hecho pronosticó la salud mental objetiva con el coeficiente de correlación más alto en comparación con los otros modelos de salud positiva durante un periodo de 15 años. La validez previsible de la WHO-5 en un análisis de sobrevida a seis años en cardiopatas también resultó alta.

Vaillant señala que «las sustancias químicas pueden aliviar las enfermedades mentales pero no mejorar la función cerebral saludable». Últimamente se ha introducido el triángulo farmacopsicométrico en estudios antidepresivos (6,7,9). De esta manera se triangulan los resultados con las sustancias químicas farmacoterapéuticas. Los antidepresivos no están concebidos para tratar directamente la menor calidad de vida, sino para tratar la enfermedad depresiva (A) con el menor número posible de efectos secundarios (B). Cuando los pacientes mismos valoran el equilibrio entre (A) y (B) en escalas de bienestar subjetivo como la de la WHO-5 (C), en la que la meta es aumentar las calificaciones en el campo de las calificaciones medias de la población general (6), los antidepresivos, según llegó a la conclu-

sión Vaillant, no mejoran la salud mental más allá de este nivel. Hace 40 años, el gran psicofarmacólogo estadounidense L. Hollister (6) me enseñó que al tratar a una mujer de 35 años de edad de un episodio depresivo mayor con un antidepresivo, podemos disminuir sus calificaciones de depresión hasta la remisión en el curso de seis semanas y luego, cabe esperar, con la continuación del tratamiento para evitar las recaídas, sacarla del episodio depresivo. Por otra parte, no podemos luego convertir al paciente en un gran violinista si nunca ha sostenido un violín en sus manos antes del tratamiento.

Dentro del campo de la medicina clínica, como psiquiatras hacemos lo mejor de nuestra parte para restablecer las funciones cerebrales de nuestros pacientes que sufren trastornos mentales, utilizando el bienestar subjetivo como una meta esencial del tratamiento dentro del triángulo farmacopsicométrico.

Bibliografía

1. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA et al. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res* 2004;13:299-310.
2. Bech P. Rating scales for psychopathology, health status and quality of life. A

compendium on documentation in accordance with the DSM-III-R and WHO systems. Berlin: Springer, 1993.

3. McHorney CA, Ware JE, Jr, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 1993;31:247-63.
4. Bech P, Olsen LR, Kjoller M et al. Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five Well-Being Scale. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003;12:85-91.
5. Henkel V, Mergl R, Kohnen R et al. Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *BMJ* 2003;326:200-1.
6. Bech P. Clinical psychometrics. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012.
7. Bech P. Applied psychometrics in clinical psychiatry: the pharmacopsychometric triangle. *Acta Psychiatr Scand* 2009;120:400-9.
8. Birket-Smith M, Hansen BH, Hanash JA et al. Mental disorders and general well-being in cardiology outpatients – 6-year survival. *J Psychosom Res* 2009; 67:5-10.
9. Bech P, Fava M, Trivedi MH et al. Outcomes on the pharmacopsychometric triangle in bupropion-SR vs. bupropion augmentation of citalopram in the STAR*D trial. *Acta Psychiatr Scand* 2012;125: 342-8.

Problemas en las definiciones de salud mental positiva

HASSE KARLSSON

University of Turku, Finland

Me gustaría felicitar a George Vaillant por su disertación equilibrada y análisis reflexivo de los siete principales modelos de la salud mental positiva. Aunque el artículo tiene muchos méritos, también evoca varias interrogantes. Dadas las restricciones de espacio, sólo me enfocaré en un par de ellas. En primer lugar, no estoy de acuerdo con la aseveración de Vaillant de que los límites de las enfermedades mentales son relativamente claros. Creo que uno de los principales problemas de la psiquiatría moderna es la falta de claridad de los límites diagnósticos. Tan solo como un ejemplo, recientemente demostramos que modificar el umbral para sólo una pregunta en una

entrevista diagnóstica originó cambios importantes en las tasas de prevalencia del episodio depresivo mayor (1). La utilización del umbral «ánimo deprimido todo el día» generó una prevalencia de 4,7% en tanto que utilizar los umbrales de «ánimo deprimido la mayor parte del día» o «por lo menos la mitad del día» generó tasas de prevalencia de 9,2% y 11,9%, respectivamente. Este mismo problema de límites no claros es aplicable desde luego también a la pregunta de la salud mental positiva.

La dificultad para definir la salud mental positiva se ejemplifica en las desventajas evidentes de muchas de las definiciones. En estas definiciones se enumeran como criterios el funcionamiento superior a lo normal, las fortalezas humanas, las emociones positivas y el bienestar subjetivo. Sin embargo, si la idea básica de que

la salud mental positiva es más que sólo la falta de enfermedad mental, es problemático decir que estas características son el núcleo de la salud mental positiva, dado que la falta de ellas tiene una alta correlación con la enfermedad mental.

Desde una perspectiva nórdica, sobre todo el concepto de «espiritualidad» como un componente de la salud mental positiva parece extraño. Los países nórdicos probablemente son más laicos que la mayor parte de los demás países en el mundo. Para una académica finlandesa como soy yo, el utilizar palabras como «fe» y «espiritualidad» en el contexto de la salud mental positiva sonaría muy extraño.

La definición de espiritualidad se ha modificado en el transcurso de los años (2). Si «espiritualidad» aquí significa religiosidad, creo que no es correcto vincular la salud mental positiva con una ideología de cualquier tipo. Esto podría implicar que las personas sin tendencias religiosas no pueden ser tan mentalmente sanas como las «espirituales». A mi entender, no hay estudios que muestren que las personas agnósticas o ateas tengan una peor salud mental que las personas «espirituales».

Por otra parte, si se toma una definición más amplia de espiritualidad hay de hecho algunos estudios que muestran que la espiritualidad se relaciona con la salud mental. Sin embargo, aquí está el problema de que los valores modernos de «espiritualidad» de hecho miden factores como el sentido de propósito y signifi-

cado en la vida, la conectividad social, el activismo, la armonía, la tranquilidad y el bienestar general (2,3). La tautología es evidente, pues los pacientes que padecen enfermedades psiquiátricas por lo general no manifiestan estas características durante el periodo de enfermedad. Por consiguiente, no es de sorprender que estas medidas estén positivamente relacionadas con la salud mental.

Las definiciones de madurez e inteligencia socioemocional a mi entender son menos problemáticas, pero su deficiencia es que están restringidas a la esfera psicológica. Si asumiéramos que tales características como capacidad de amar, moralidad, generatividad, resolución de conflictos y negociación son algunas de las características centrales de la salud mental positiva, tal vez debiéramos incluir en la definición la evidencia de que estas capacidades se implementan en la vida real. Así tendríamos que definir la salud mental en términos, por ejemplo, de las acciones hacia una sociedad que es más equitativa y menos competitiva y explotadora que lo que es la mayor parte de las sociedades actuales.

Mi último comentario es que la salud física finalmente se define en términos biológicos. Si las raíces de la mente humana están en el cerebro, ¿no debiera la definición final de salud mental positiva basarse en un funcionamiento óptimo del cerebro? Hay algunas reflexiones de esto en el artículo de Vaillant cuando describe los modelos de emociones positivas e in-

teligencia socioemocional. Aunque estoy seguro de que la neurobiología en el futuro contribuirá de manera importante a este análisis, no creo que de todas maneras un día tendremos una descripción neurobiológica no ambigua del funcionamiento cerebral óptimo como una base de la salud mental positiva. A mi entender, el primer motivo de esto es que lo «mental» muestra propiedades emergentes en relación con las funciones cerebrales (véase 4). El otro motivo es que las definiciones son y debieran ser en cierto grado dependientes del contexto. La salud mental positiva no sólo es una propiedad de un determinado individuo, sino esta influida considerablemente por fenómenos sociales (5).

Bibliografía

1. Karlsson L, Marttunen M, Karlsson H et al. Minor change in diagnostic threshold leads into major alteration in the prevalence estimation of depression. *J Affect Disord* 2010;122:96-101.
2. Koenig HG. Concerns about measuring "spirituality" in research. *J Nerv Ment Dis* 2008;196:349-55.
3. Salander P. Who needs the concept of "spirituality"? *Psycho-oncology* 2006; 15:647-9.
4. Karlsson H, Kamppinen M. Biological psychiatry and reductionism. Empirical findings and philosophy. *Br J Psychiatry* 1995;167:434-8.
5. Van Lente E, Barry MM, Molcho M et al. Measuring population mental health and social well-being. *Int J Public Health* (in press).

Salud mental positiva: una nota de precaución

DAN J. STEIN

Department of Psychiatry and Mental Health, University of Cape Town, South Africa

El concepto de salud mental positiva es sin duda «demasiado importante para ignorar». Al mismo tiempo, como señala Vaillant en su artículo interesante, «el estudio de la salud mental positiva precisa salvaguardas». Aquí me gustaría hacer hincapié en dos aspectos: que la salud mental positiva sigue siendo un concepto debatido y problemático y que en la actualidad se dispone de escasos datos sobre las intervenciones en la salud mental positiva impulsadas por el profesional clínico.

Si bien es valiosa la descripción de los diferentes modelos de concepción

de la salud mental positiva por Vaillant, la multiplicidad de modelos subraya que este es un concepto debatido. Aunque hay algún acuerdo sobre los límites de los trastornos físicos típicos, probablemente hay menos acuerdo en torno al concepto de la aptitud física. Después de todo, las definiciones de aptitud física dependen sobremanera del individuo en concreto y de la actividad específica para la cual se determine la aptitud (1). Así mismo, si bien hay cierto acuerdo en torno a los límites de los trastornos mentales típicos (2), probablemente hay menos acuerdo en torno a los correspondientes a la salud mental positiva.

Dada la potencial importancia de la salud mental positiva, ¿cómo llegamos a un consenso? Vaillant recomienda térmi-

nos que tomen en cuenta e incluyan los factores culturales.

Si bien tal meta parece loable, las culturas pueden estar completamente equivocadas en torno a los conceptos científicos. Otro enfoque podría basarse en la teoría evolutiva, al igual que algunos enfoques en el trastorno (3). Sin embargo, dada la plasticidad evidente de la naturaleza humana, la teoría evolutiva puede resaltar precisamente tal plasticidad en vez de las características generales fijas específicas de la salud mental. De una manera relacionada, y en contraposición a lo planteado por Vaillant, la teoría evolutiva hace hincapié en que las emociones negativas pueden ser útiles, en tanto que las emociones positivas pueden ser inadaptativas (4).

En el caso del trastorno, para los problemas típicos (p. ej., infección aguda), puede haber un acuerdo general sustancial de que el trastorno es dañino, que los individuos no son responsables del trastorno y que es necesaria la intervención médica. Sin embargo, para los trastornos atípicos (p. ej., el consumo excesivo de alcohol), puede haber un desacuerdo considerable de cuando en cuando y de lugar en lugar con respecto a si el trastorno es dañino, si los individuos comparten responsabilidad y si es necesaria la intervención médica (5). Sin embargo, una decisión aceptable puede tomarse con base en los argumentos en pro y en contra de clasificar un trastorno atípico específico como un trastorno médico.

Así mismo, para la salud mental positiva, probablemente hay un acuerdo sustancial sobre algunos componentes característicos (p. ej., la resistencia al estrés) (6) y controversia en torno a componentes más atípicos (p. ej., consolidación profesional). En muchas regiones, altos grados de desempleo y otros factores sociales pueden evitar la transformación de «trabajos» en «carreras». No obstante, como en el caso de clasificar como trastornos mentales trastornos específicos, se puede tomar una decisión aceptable con base en una valoración rigurosa de los hechos y valores relevantes (5).

Con respecto a las intervenciones en la salud mental positiva, fácilmente podemos estar de acuerdo en que los cirujanos estéticos que ayudan a tratar a los niños desfigurados son médicos. Podemos estar de acuerdo en que un cirujano que está dispuesto a transformar a un individuo específico para que se vea más como su estrella de cine favorito no es un médico, sino un mercantilista (7). Y podemos debatir razonablemente con respecto a si la cirugía estética para mejorar el aspecto en formas específicas a individuos determinados es ejercer la medicina o el mercantilismo.

Así mismo, en el caso de la salud mental positiva, los profesionales clínicos de la salud mental pueden aceptablemente estar interesados en aspectos clave (p. ej., la resistencia a la adversidad después del trauma). Puede ser difícil llegar al consenso de que los profesionales clínicos de la salud mental que ayudan a individuos, digamos, «a armonizarse con las energías del universo» no son médicos sino mercantilistas. De nuevo, sin embargo, podemos debatir razonablemente con respecto a si las intervenciones en la

salud mental específicas dirigidas a intensificar las potencialidades de la mente representan ejercer la medicina o el mercantilismo.

Tal debate en parte es sobre la validez de las metas relevantes (p. ej., la cirugía para verse como una estrella de cine favorita no parece ser un problema de salud) y es en parte con relación a la rentabilidad (p. ej., la sociedad puede solventar los costos de la cirugía estética para la desfiguración grave, pero no para procedimientos de intensificación). Así mismo la sociedad puede decidir enfocarse en el tratamiento de los pacientes con trastornos mentales graves, en vez de financiar intervenciones clínicas para mejorar la resistencia a la adversidad.

Cabe hacer notar que muchas intervenciones pueden ayudar al ser humano a florecer mentalmente, incluida la educación, la participación en las artes, etcétera. De hecho, cada vez hay más bibliografía en el campo del trabajo conceptual sobre el significado de la vida (8) e investigaciones empíricas sobre el bienestar y la felicidad (9-11). Dicho esto, es discutible si las intervenciones para mejorar la salud mental positiva debieran necesariamente corresponder al ámbito de los profesionales clínicos de la salud mental.

Por otra parte, se necesitan estudios empíricos sobre los costos y las ventajas de las intervenciones que proporcionen información para la toma de decisiones. Vaillant arguye que, en individuos sanos, las intervenciones psicofarmacológicas son negativas. Notablemente, grandes números de la población están utilizando drogas psicotrópicas con fines de intensificación (12). Sin embargo, no hay un motivo a priori para llegar a la conclusión que estas drogas siempre sean dañinas; de hecho, dada la variabilidad genética, las respuestas individuales pueden ser muy variables (13).

El punto de vista de Vaillant es que podemos mejorar la salud mental a través de medios cognitivos, conductuales y psicodinámicos. Sin embargo, hay una escasez de datos empíricos sobre la eficacia y la rentabilidad de las intervenciones en la salud mental positiva. Cabe afirmar que la nutrición y el ejercicio apropiados posiblemente figuran entre las intervenciones más eficaces y rentables en la salud mental positiva (14). Más segura es la necesidad de investigación adicional en este campo.

En conclusión, el debate en el campo de la salud pública a menudo tiene que

ver no con los trastornos psiquiátricos, sino más bien con la salud mental. Esto se ejemplifica tal vez en el lema de la Organización Mundial de la Salud «no hay salud sin salud mental». Tal retórica puede ofrecer una serie de ventajas. Por otra parte, la ciencia de la salud mental positiva es un campo importante de la investigación.

Al mismo tiempo, es conveniente tener precaución. Aunque hay un acuerdo general sobre la necesidad de tratar algunos trastornos físicos y mentales característicos y problemáticos, hay menos acuerdo en torno a lo que constituye la salud mental positiva y con respecto a cuáles intervenciones clínicas pueden ser eficaces y rentables. Los datos empíricos pueden ayudar a esclarecer mejor estas interrogantes clave.

Bibliografía

1. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep* 1985;100:126-31.
2. Stein DJ, Phillips KA, Bolton D, et al. What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychol Med* 2010;40: 1759-65.
3. Wakefield JC. Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychol Rev* 1992;99:232-47.
4. Nesse RM. Natural selection and the elusiveness of happiness. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2004;359:1333-47.
5. Stein DJ. Philosophy of psychopharmacology. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
6. Stein DJ. The psychobiology of resilience. *CNS Spectr* 2009;14(Suppl. 3):41-7.
7. Parens E. Is better always good? The enhancement project. In: Parens E (ed). *Enhancing human traits: ethical and social implications*. Washington: Georgetown University, 1998:1-28.
8. Metz T. New developments in the meaning of life. *Philosophy Compass* 2007;2:196-217.
9. Kahneman D. *Well-being: the foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation, 2003.
10. Cloninger C. The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry* 2006;5:71-6.
11. Haidt J. *The happiness hypothesis: finding modern truth in ancient wisdom*. New York: Basic Books, 2006.

12. Greely H, Sahakian B, Harris J et al. Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy. *Nature* 2008; 456:702-5.
13. Stein DJ. Philosophy of psychopharmacology. *Perspect Biol Med* 1998;41: 200-11.
14. Stein DJ, Collins M, Daniels W et al. Mind and muscle: the cognitive-affective neuroscience of exercise. *CNS Spectr* 2007;12: 19-22.

Calidad de las experiencias alucinatorias: diferencias entre una muestra clínica y una no clínica

GIOVANNI STANGHELLINI¹, ÁLVARO I. LANGER², ALESSANDRA AMBROSINI¹, ADOLFO J. CANGAS²

¹Department of Biomedical Science, G. d'Annunzio University, Chieti, Italy;

²Department of Clinical Psychology, University of Almería, Spain

En este estudio les pedimos a personas de dos muestras (una clínica, que constaba de pacientes con esquizofrenia, y una no clínica, que comprendía estudiantes universitarios) que llenaran la Escala de Alucinaciones Revisada (RHS) como un cuestionario autocumplimentado. Cuando los participantes respondían positivamente a un inciso, se les pedía que proporcionasen descripciones más detalladas (es decir, ejemplos de sus propias experiencias) en torno a ese inciso. Vimos que las clases de descripciones proporcionadas por los dos grupos eran muy diferentes. Planteamos que no es recomendable explorar la presentación de alucinaciones en muestras no clínicas utilizando protocolos de investigación basados exclusivamente en respuestas de sí o no a cuestionarios como la RHS. Las experiencias alucinatorias o parecidas a las alucinatorias no pueden valorarse de manera fiable y válida sin una caracterización precisa de la calidad fenomenal de la experiencia.

Palabras clave: Modelo de continuidad, alucinaciones, experiencias pseudopsicóticas, fenomenología, análisis cualitativo, esquizofrenia.

(*World Psychiatry* 2012;11:110-113)

La noción de que personas aparentemente sanas puedan experimentar síntomas psicóticos como delirios y alucinaciones «en la actualidad se ha convertido en el dogma aceptado» (1). Parte de este «dogma» es la suposición de que las experiencias comunicadas por muestras no clínicas se están imbricando, o por lo menos muestran alguna similitud, con las comunicadas por muestras clínicas (es decir, que «las experiencias pseudopsicóticas» existen en un proceso continuo entre poblaciones generales y clínicas) (2).

En 1981, Launay y Slade (3) publicaron la Escala de Alucinación de Launay-Slade (LSHS), un cuestionario autocumplimentado de 12 apartados cuyo propósito era valorar la prevalencia de las experiencias patológicas perceptuales y formas leves relacionadas con alucinaciones. Con esta escala se inició una tradición de casi 30 años de estudios de alucinaciones en muestras no clínicas. Desde entonces, se han producido varias versiones modificadas de la LSHS (4-6). Para valorar con detalle las alucinaciones visuales, Morrison et al (5) modificó la LSHS excluyendo tres incisos originales y añadiendo cuatro nuevos. Esta versión de LSHS se denominó Escala de Alucinación Revisada (RHS) (tabla 1) y se ha utilizado en muestras clínicas y no clínicas (7,8).

Aunque las escalas como la LSHS y otras similares fueron concebidas para medir la predisposición a las experiencias alucinatorias (3) (es decir, el fenotipo de vulnerabilidad y no el fenotipo de enfermedad), estudios subsiguientes han utilizado los resultados obtenidos a través de estas escalas en poblaciones no clínicas como uno de los principales razonamientos que indican que las alucinaciones —es decir, un componente importante del supuesto fenotipo de enfermedad de la psicosis— son un fenómeno relativamente frecuente en la población general. Una muestra muy influyente de esta tendencia se resume en la siguiente cita (9): «en una serie de estudios se han valorado las experiencias alucinatorias en muestras de estudiantes universitarios sanos utilizando medidas de cuestionarios. Estos estudios han generado hallazgos congruentes, que muestran que una proporción considerable de las personas experimentan alucinaciones en algún momento de sus vidas».

Habiendo identificado la presentación de alucinaciones en muestras no clínicas, los estudios han comenzado a explorar las relaciones entre estas experiencias y otras variables psicológicas o psicopatológicas o dominios como ansiedad, depresión y estrés (10), emociones (11), personalidad (12) y metacognición (13). Basándose en el análisis de estos resultados, se han hecho suposiciones teóricas importantes: a) que los mismos síntomas observados en pacientes con trastornos psicóticos pueden identificarse y medirse en poblaciones no clínicas (2); b) que la definición clínica de psicosis puede abarcar sólo una minoría de la totalidad (no necesariamente clínica) de la continuidad fenotípica (9); c) que la población que muestra un fenotipo de psicosis no clínica puede representar un grupo adecuado para estudiar la psicosis clínica (9).

Pese a la amplia evidencia empírica de que una proporción considerable de la población general sana tiene experiencias similares a la psicosis, prácticamente en ningún estudio se ha analizado si las experiencias comunicadas por muestras no clínicas son en realidad similares a las experiencias de muestras clínicas. En otros términos, si ambas poblaciones responden de

Tabla 1. Escala de Alucinaciones Revisada (RHS)

1. Mis pensamientos parecen tan reales como los sucesos reales en mi vida
2. No importa cuánto trate de concentrarme en mi trabajo, siempre me surgen en la mente pensamientos no relacionados
3. He tenido la experiencia de escuchar la voz de una persona y luego ver que no había nadie allí
4. Los sonidos que escucho en mi sueño despierto suelen ser claros y distintivos
5. Las personas en mi sueño despierto parecen ser tan reales que creo que son verdaderas
6. En mi sueño despierto escucho el sonido de una melodía casi con la misma claridad que si realmente la estuviese escuchando
7. Escucho una voz que dice mis pensamientos en voz alta
8. He tenido problemas escuchando voces en mi mente
9. He visto la cara de una persona enfrente de mí cuando no había ninguna
10. Cuando miro las cosas me parecen extrañas
11. Veo sombras y figuras cuando no hay nada allí
12. Cuando veo las cosas, me parecen irreales
13. Cuando me veo a mí mismo en el espejo me veo diferente

manera positiva a un inciso de la RHS, no está claro si se están refiriendo a la misma experiencia (o similar).

En el presente estudio les pedimos a las personas que respondieran positivamente a incisos de la RHS, que comentaran con más detalle y que describiesen sus experiencias personales en relación con tales incisos, a fin de caracterizar la calidad de estas experiencias. El propósito fue valorar la forma en que los individuos de muestras no clínicas y clínicas comprenden cada inciso de la RHS y luego comparar las dos poblaciones en busca de similitudes y diferencias.

MÉTODOS

Seleccionamos en forma aleatoria una muestra clínica y una no clínica. La primera consistió en 23 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-IV-TR, incorporados de hospitales de atención diurna del Servicio Nacional de Salud en la provincia de Almería (España). Su edad fluctuaba de 21 a 63 años; 73% eran hombres y 27% eran mujeres. Todos los pacientes habían nacido en España y eran desempleados, ninguno era inmigrante. Todos ellos estaban recibiendo fármacos antipsicóticos o antidepresivos cuando se efectuó la valoración. La muestra no clínica incluyó 60 estudiantes universitarios del sur de España (Andalucía). Su edad fluctuaba de 17 a 29 años; 48% eran hombres y 52% mujeres.

Todos los participantes llenaron la RHS como un cuestionario autocumplimentado. Cuando respondían positivamente a un inciso de la RHS, se les pidió que proporcionaran descripciones más detalladas, es decir, comentarios o ejemplos de sus propias experiencias. Los entrevistadores transcribieron estas respuestas al pie de la letra.

Cada investigador que desconocía la muestra a la cual correspondía cada sujeto leyó las descripciones de manera independiente (análisis de los datos línea a línea), buscando conceptos y asignándoles códigos. En seguida, las descripciones se agruparon de acuerdo con las analogías fenomenales (p. ej., sueños y experiencias similares a sueños) o similitudes del contexto en el cual las experiencias habían ocurrido (p. ej., es-

tados hipnagógicos/hipnopómpicos). Las categorías finales se establecieron comparando y analizando en caso necesario la codificación asignada por cada investigador. Estas categorías se denominaron utilizando un instrumento completo para la valoración psicopatológica (sistema AMPD) (14). Las descripciones que no eran contempladas por un inciso del AMPD se clasificaron conforme a categorías psicopatológicas adicionales de un manual estándar de psicopatología descriptiva (15).

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital de Almería y el Hospital de Poniente.

RESULTADOS

Los prototipos de las descripciones proporcionadas por los entrevistados se presentaron en las tablas 2 y 3. Los tipos de descripciones que proporcionaron los dos grupos fueron notablemente diferentes. Por ejemplo, en los incisos 3, 4, 8, 9 y 12 (véase tabla 1), la muestra no clínica describió alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas (p. ej., «estoy medio dormido, no muy dormido ni completamente despierto y escucho a personas que llaman mi nombre»), sueños y experiencias similares a sueños (p. ej., «en mi sueño despierto podía ver la cara de mi padre») y pseudoalucinaciones (p. ej., «cuando estoy estudiando en casa, escucho la voz de mi madre que me llama, vive conmigo y a menudo me llama, y esto podría hacerme pensar que la escucho cuando realmente no me está llamando»). Por el contrario, en los mismos incisos, la muestra clínica describía las alucinaciones verbales auditivas (p. ej., «escucho una voz que me pide hacer algo o me dice hacer algo sobre alguien»), experiencias de centralidad (p. ej., «mirando la televisión y pensando que me están hablando») y alucinaciones visuales (p. ej., «veo a mi madre o a mi hermano [como una aparición] y me muestran su dolor»); o proporcionaron respuestas tangenciales (p. ej., «escuchar a la canción de Ana Belen, «... viendo pasar el tiempo, la Puerta de Alcalá». Soy de Madrid y me hace llorar, porque me trae buenas memorias de mis días de estudiante».

En el inciso 1 de la RHS («mis pensamientos parecen tan reales como los sucesos reales de mi vida»), la muestra no clí-

Tabla 2. Descripciones prototípicas de las experiencias proporcionadas por la muestra clínica

Incisos de la RHS	Categorías	Descripciones
1	Pensamiento dereístico	Creo que mi hermano estaba muerto cuando realmente estaba vivo
1, 3, 8, 10, 11	Experiencias de centralidad	Ver televisión y pensar que me estaban hablando a mí
3, 7, 8	Alucinaciones verbales auditivas	Escucho una voz que me pide hacer algo o que me dice algo sobre alguien
3, 4, 5, 9	Alucinaciones visuales	Veo a mi madre o a mi hermano [como una aparición] y me muestran su dolor
6	Imaginaciones vívidas	A menudo sólo tengo que imaginarme la canción y la escucho en mi cabeza con todos sus instrumentos y partes
2, 12	Obsesiones-compulsiones	A veces sin motivo ataco a las personas cuando en realidad soy una buena persona que no hecho nada malo a nadie
10, 13	Desrealización-despersonalización	Al mirar a las personas, a veces parecen extrañas, como que no son reales, y las cosas en la casa también
4, 9, 11, 12	Respuestas tangenciales	El escuchar a la canción de Ana Belen «... viendo pasar el tiempo, la Puerta de Alcalá», soy de Madrid y me hace llorar porque me trae buenos recuerdos de mis días de estudiante
2, 3, 5, 7, 13	Categoría residual	El haber tratado de hablar al pensamiento, el pensar que estaba diciendo algo. En ese momento pensé que tenía el poder y que otros podían escucharme [transmisión de pensamientos] Me imaginaba que otra mujer era yo (que había otra mujer dentro de ella) [experiencia de pasividad]

RHS, Escala de Alucinación Revisada.

nica describió experiencias clasificables como pensamiento mágico (p. ej., «a veces me imagino situaciones que quiero que me ocurran y ocurren»), en tanto que la muestra clínica describió experiencias que reflejaban pensamientos dereísticos p. ej., «creo que mi hermano estaba muerto cuando estaba en realidad vivo»). En el inciso 2 de la RHS («no importa cuánto trate de concentrarme en mi trabajo, siempre me surgen en la mente pensamientos no relacionados»), la muestra no clínica describió casos de interferencia en el pensamiento (p. ej., «cuando trato de estudiar mi material del curso, surgen en mi cabeza los constantes altercados con mi pareja»), en tanto que la muestra clínica describió fenómenos obsesivos-compulsivos (p. ej., a veces simplemente ataco a las personas cuando soy realmente una buena persona que no ha hecho nada malo a nadie»).

En el inciso 10 («Cuando miro las cosas me parecen extrañas»), la muestra no clínica describió experiencias relacionadas con un proceso de atención/reflexión (p. ej., «después de observar los rostros de las personas por un periodo prolongado, los veo diferentes. Lo que quiero decir es que no son como pensaba que eran antes»), en tanto que la muestra clínica describió experiencias de desrealización (p. ej., «al ver a las personas, a veces me parecen extrañas, como si no fueran reales, y las cosas en la casa también»).

En el inciso 11 (Veo sombras y formas donde no hay nada»), la muestra no clínica describió ilusiones afectivas (p. ej., «cuando estoy en cama y solo en mi casa, veo sombras en las paredes y luego me doy cuenta que es la luz de la calle que pasa a través de la ventana»), en tanto que la muestra clínica comunicó experiencias de centralidad (p. ej., «darme cuenta de que estaban allí por mí»).

Sólo en el inciso 6 («En mi soñar despierto puedo escuchar el sonido de una melodía casi tan claramente como si la estuviese escuchando»), los dos grupos proporcionaron descripciones superpuestas de experiencias relacionadas con la imaginación vívida (p. ej., en la muestra no clínica, «cuando me gusta realmente una canción, puedo escucharla sin tener que escucharla en realidad», y en la muestra clínica, «a menudo sólo tengo que imaginarme la canción y la escucho en la cabeza con todos sus instrumentos y partes»).

DISCUSIÓN

Nuestros resultados muestran que las personas con esquizofrenia y los estudiantes universitarios sanos que admitieron incisos de la RHS representan descripciones muy diferentes de sus experiencias. Lo que es diferente es la calidad personal de estas experiencias.

Las experiencias alucinatorias o pseudoalucinatorias no pueden valorarse de manera fiable y válida sólo como una cuestión de frecuencia o intensidad. Su valoración precisa una caracterización exacta de la calidad fenomenal de la experiencia. Una diferencia muy importante entre nuestras dos muestras fue que, en los pacientes con esquizofrenia, las experiencias estaban íntimamente relacionadas con la identidad de la persona, con anomalías persistentes en su sentido del yo y con una metamorfosis característica de la relación del propio mundo (16-18), aunque en el grupo no clínico estuvieron relacionadas con un suceso circunstancial (p. ej., una situación de luto) o fueron comunicadas como un fenómeno único o aislado.

Como lo planteó recientemente Kendler (19), la valoración psicopatológica no debe limitarse a determinar si se presenta o no un determinado síntoma, ni tampoco simplemente debiera enfocarse en síntomas superficiales captados por su fiabilidad. Más bien, debiera buscar fenómenos más profundos que pueden surgir sólo del análisis fenomenológico cuidadoso.

Los resultados de este estudio indican que no es recomendable analizar y estudiar las alucinaciones, sobre todo en poblaciones no clínicas, utilizando protocolos de investigación basados sólo en respuestas de sí o no a los cuestionarios. Esto no es para negar la importancia de los estudios sobre las alucinaciones en personas no psicóticas o la presentación de alucinaciones en la población normal, sino más bien para poner en tela de juicio la clase de método utilizado hasta la fecha para valorar este fenómeno. El problema abordado en este estudio es la importancia de la calidad de tales experiencias y lo que las vuelve similares o radicalmente diferentes a las de las personas con esquizofrenia.

Necesitamos una caracterización detallada y afinada de la calidad fenomenal de las experiencias perceptuales anormales, incluidas las alucinaciones. Esta caracterización puede evitar errores diagnósticos, por ejemplo, sobrediagnóstico de esquizofrenia, así como la creación de modelos no fiables sobre la patogenia de las alucinaciones basados en una valoración inexacta de las experiencias perceptuales anormales en poblaciones no clínicas. Sin tal esfuerzo por caracterizar fenomenológicamente las experiencias normales lo mismo que las anormales, todo intento de comparación corre el riesgo de llevarnos a conclusiones no informativas (20).

Una limitación de este estudio es que la muestra no clínica estuvo constituida sólo por estudiantes y no se puede considerar representativa de la población general. Además, los detalles proporcionados por los participantes deben comprenderse dentro del contexto cultural español específico. En la investigación futura, sería interesante comparar estos resultados con los obtenidos en muestras de otras culturas, así como en diferentes muestras clínicas (p. ej., maniaco-depresivas) y no clínicas (p. ej., población general de adultos).

Agradecimientos

Esta investigación fue financiada por el Ministerio Español de Educación y Ciencias (becas SEJ2006-02342/PSIC; FPU/AP2007-02810).

Bibliografía

1. David AS. Why we need more debate on whether psychotic symptoms lie on a continuum with normality. *Psychol Med* 2010;40: 1935-42.
2. van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I et al. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med* 2009;39:179-95.
3. Launay G, Slade PD. The measurement of hallucinatory predisposition in male and female prisoners. *Pers Individ Differ* 1981;2:221-34.
4. Bentall RP, Slade PD. Reliability of a scale measuring disposition towards hallucinations: a brief report. *Pers Individ Differ* 1985;6:527-9.

5. Morrison AP, Wells A, Nothard S. Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations. *Br J Clin Psychol* 2000;39:67-78.
6. Larøi F, Marczewski P, van der Linden M. Further evidence of the multi-dimensionality of hallucinatory predisposition: factor structure of a modified version of the Launay-Slade Hallucination Scale in a normal sample. *Eur Psychiatry* 2004;19:15-20.
7. Langer AI, Cangas AJ, Serper M. Analysis of the multidimensionality of hallucination-like experiences in clinical and nonclinical Spanish samples and their relation to clinical symptoms: implications for the model of continuity. *Int J Psychol* 2011;46:46-54.
8. Cangas AJ, Errasti JM, García JM et al. Metacognitive factors and alterations of attention related to predisposition to hallucinations. *Pers Individ Differ* 2006;40:487-96.
9. Johns LC, van Os J. The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clin Psychol Rev* 2001;21:1125-41.
10. Paulik G, Badcock JC, Maybery MT. The multifactorial structure of the predisposition to hallucinate and associations with anxiety depression and stress. *Pers Individ Differ* 2006;41:1067-76.
11. Allen P, Freeman D, MacGuire P et al. The prediction of hallucinatory predisposition in non-clinical individuals: examining the contribution of emotion and reasoning. *Br J Clin Psychol* 2005;44:127-32.
12. Larøi F, DeFruyt F, van Os J et al. Associations between hallucinations and personality structure in a non-clinical sample: comparison between young and elderly samples. *Pers Individ Differ* 2005;39:189-200.
13. Stirling J, Barkus E, Lewis S. Hallucination proneness, schizotypy and meta-cognition. *Behav Res Ther* 2007;45:1401-8.
14. Guy W, Ban TA. *The AMDP System: a manual for the assessment and documentation of psychopathology*. Berlin: Springer-Verlag, 1982.
15. Oyeboode F. *Sims' symptoms in the mind. An introduction to descriptive psychopathology*. Edinburgh: Saunders Elsevier, 2008.
16. Straus E. Aesthesiology and hallucinations. In: May R, Angel E, Ellenberger HF (eds). *Existence: a new dimension in psychiatry and psychology*. New York: Basic Books, 1958:139-69.
17. Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull* 2003;29:427-44.
18. Stanghellini G. *Psicopatologia del senso comune*. Milano: Cortina, 2008.
19. Kendler KS. Introduction: Why does psychiatry need philosophy. In Kendler KS, Parnas J (eds). *Philosophical issues in psychiatry: explanation, phenomenology, and nosology*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2008:1-16.
20. Daalamn K, Boks MPM, Diederens KJM et al. The same or different? A phenomenological comparison of auditory verbal hallucinations in healthy and psychotic individuals. *J Clin Psychiatry* 2011;72:320-5.

Criterios de valoración y variables moderadoras de una intervención preventiva de la salud mental basada en la escuela para niños afectados por la guerra de Sri Lanka: un estudio randomizado en grupos

WIETSE A. TOL^{1,2}, IVAN H. KOMPROE^{2,3}, MARK J.D. JORDANS², ANAVARATHAN VALLIPURAM⁴, HEATHER SIPMA¹, SAMBASIVAMOORTHY SIVAYOKAN⁴, ROBERT D. MACY⁵, JOOP T. DE JONG⁶

¹Global Health Initiative, MacMillan Center, Yale University, New Haven, CT, USA;

²Department of Research and Development, HealthNet TPO, Amsterdam, the Netherlands; London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK;

³Utrecht University, Faculty for Behavioral and Social Sciences, Utrecht, the Netherlands;

⁴Shanthiham and University of Jaffna Teaching Hospital, Jaffna, Sri Lanka;

⁵Centre for Trauma Psychology and Harvard School of Medicine, Boston, MA, USA;

⁶Amsterdam Institute for Social Science Research, University of Amsterdam, the Netherlands; Boston University School of Medicine, Boston, MA, USA; Rhodes University, Grahamstown, South Africa

Nuestro propósito fue analizar los criterios de valoración, las variables moderadoras y los factores mediadores de una intervención preventiva de salud mental basada en la escuela implementada por paraprofesionales en un ámbito afectado por la guerra en el norte de Sri Lanka. Se utilizó un estudio randomizado en grupos. Después de la valoración de 1370 niños en escuelas seleccionadas al azar, 399 niños fueron asignados a una intervención (n = 199) o a una condición de control en lista de espera (n = 200). La intervención consistió en 15 sesiones manualizadas de técnicas conductuales cognitivas y elementos expresivos creativos que se efectuaron durante cinco semanas. Las evaluaciones se llevaron a cabo antes, una semana después y tres meses después de la intervención. Los criterios principales de valoración fueron trastorno por estrés postraumático (TEPT), síntomas depresivos y de ansiedad. No se identificaron efectos principales sobre los criterios primarios de valoración. Se observó un efecto principal a favor de la intervención para los problemas de la conducta. Este efecto fue más intenso para los niños más pequeños. Así mismo, observamos ventajas de la intervención para subgrupos específicos. Se identificaron efectos más potentes en los niños con respecto a los síntomas de TEPT y de ansiedad y para los niños más pequeños sobre la conducta prosocial. Así mismo, observamos efectos más potentes de la intervención sobre el TEPT, la ansiedad y la alteración funcional en los niños que presentaban grados menores de factores estresantes activos relacionados con la guerra. Las niñas de la condición de intervención mostraron reducciones más pequeñas en los síntomas de TEPT que las niñas en la lista de espera. Llegamos a la conclusión de que las intervenciones psicosociales preventivas realizadas en la escuela en ámbitos muy inestables caracterizados por factores estresantes persistentes relacionados con la guerra pueden mejorar efectivamente los indicadores del bienestar psicológico y los síntomas relativos al estrés postraumático en algunos niños. Sin embargo, pueden socavar el restablecimiento natural de otros. Se necesita más investigación para analizar de qué manera el género sexual, la edad y las experiencias relacionadas con la guerra contribuyen a los diferentes efectos de la intervención.

Palabras clave: Conflicto armado, violencia política, trastorno por estrés postraumático, ansiedad, depresión, intervención realizada en la escuela, prevención, Sri Lanka.

(World Psychiatry 2012;11:114-122)

La guerra civil en Sri Lanka, que terminó en 2009 cuando las fuerzas de seguridad del gobierno proclamaron victoria contra los Tigres de Liberación de Tamil Eelam, ha tenido una repercusión considerable en la salud mental de la población (1,2). Una serie de estudios epidemiológicos ha documentado la gran prevalencia de trastornos mentales en niños de Sri Lanka. En dos estudios realizados en el Noreste del país se observaron tasas de prevalencia de 25% y 30% para el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y 20% para la depresión mayor (3,4). Además, los investigadores han observado un aumento de la tensión psicológica en la población general y repercusiones nocivas del conflicto a largo plazo en las estructuras sociales, incluido el funcionamiento de la familia y de la población en el norte y el este de Sri Lanka (5,6).

Pese a los indicios de un aumento de los problemas de salud mental y psicosociales, los recursos para la salud mental en Sri Lanka siguen siendo escasos y centralizados, como suele ocurrir en los países con ingresos bajos y medianos (PIBM) (7). Dada esta brecha existente en los servicios de salud, hay la necesidad de intervenciones fácilmente accesibles que puedan difundirse rápidamente a grupos más extensos de niños. Con este fin, a menudo se han recomendado las intervenciones

escolares implementadas por personal no especializado capacitado (8-10).

En un estudio reciente se analizó la base de evidencia de las intervenciones de apoyo a la salud mental y psicosociales para los niños en contextos humanitarios (11). Se comunican dos metanálisis diferentes, enfocados en las variables más frecuentemente utilizadas en los diferentes estudios: el TEPT y los síntomas interiorizadores. El primer metanálisis se enfocó en cuatro estudios randomizados comparativos en los que se valoraron los resultados de las intervenciones llevadas a cabo en la escuela para los niños y adolescentes afectados en Bosnia y Herzegovina (12), Indonesia (13,14), Nepal (15) y los territorios palestinos (16), así como la intervención llevada a cabo en la escuela para los niños afectados por el maremoto de 2004 en Sri Lanka (17). Este metanálisis no identificó un efecto global para los síntomas de TEPT y una heterogeneidad estadística muy alta de los efectos de intervención sobre el TEPT en los diferentes estudios. El segundo metanálisis, que comprendió los estudios del primer metanálisis, así como la psicoterapia de grupo interpersonal y el juego creativo con adolescentes afectados por el conflicto armado en el norte de Uganda (18) y un grupo de intervenciones psicosociales con las madres de niños

pequeños afectados por el conflicto armado en Bosnia Herzegovina (19), no mostró ventajas importantes de la intervención para los síntomas de interiorización. Dada la gran prevalencia de problemas de salud mental en contextos de conflictos bélicos y la popularidad creciente de las intervenciones en los niños afectados por la guerra en los PIBM, se necesitan sin duda estudios más rigurosos para valorar los resultados de las intervenciones.

Este estudio tuvo como objeto valorar los criterios de valoración de una intervención de prevención secundaria realizada en la escuela para los niños afectados por la guerra continuada en el norte de Sri Lanka. Planteamos la hipótesis de que la intervención llevaría a una mejor salud mental de los niños. Además, nos interesaban las variables moderadoras y los factores mediadores de la intervención. Puesto que las intervenciones en niños afectados por la guerra llevadas a cabo en la escuela han sorteado efectos diversos, el análisis de las variables moderadoras representa una estrategia importante para identificar quién y bajo qué condiciones la intervención es más eficaz. El estudio de las variables moderadoras tiene como propósito identificar por qué y cómo las intervenciones tienen efectos (20,21).

Se ha demostrado con anterioridad que el género sexual y la edad moderan los efectos de las intervenciones realizadas en la escuela en los niños afectados por conflictos armados. En Indonesia, la intervención fue eficaz para el TEPT y la alteración funcional sólo en las niñas, en tanto que fue eficaz con respecto a mantener las esperanzas tanto en niños como en niñas (13,14). En Nepal no se observó ningún efecto principal, pero se observaron efectos de la intervención para los niños sobre las dificultades psicológicas generales y la agresión y para las niñas sobre la conducta prosocial. Además, se observó un efecto de la edad, de manera que los niños mayores en la condición de la intervención mostraron mayores mejoras con respecto a los sentimientos de esperanza. Así mismo, se identificaron los efectos de edad y género en los territorios palestinos, donde una intervención realizada en la escuela mostró efectos del tratamiento sobre diversas variables emocionales y conductuales con niños edad escolar, sobre todo del género masculino. En los niños mayores, los efectos de la intervención sólo se observaron en las niñas adolescentes (16).

Así mismo, se ha debatido la importancia de la exposición previa a la violencia en relación con la experiencia actual de los factores estresantes relacionados con la guerra para la salud mental, pero no se ha valorado en estudios de evaluación realizados en niños (22-24). Varios estudios han demostrado que la experiencia actual de los «factores cotidianos estresantes» relacionados con la guerra (p. ej., la falta de acceso a las necesidades básicas, la violencia doméstica y en la vecindad, el uso de sustancias) en parte fue mediadora de la relación entre la exposición a sucesos violentos (testigos/experiencia de asesinatos, explosiones de bombas, violencia sexual, quedar atrapado en fuegos cruzados, etc.) y los síntomas de TEPT (25,26). Dado este papel mediador identificado en las encuestas representativas, esperábamos que la intervención fuese menos eficaz para reducir las manifestaciones psicológicas en quienes presentan grados altos persistentes de factores estresantes cotidianos relacionados con la guerra (es decir, una relación moderadora en este estudio de valoración).

Por último, nos interesa la conducta de adaptación como un potencial mediador de los efectos de las intervenciones.

Investigaciones previas en niños afectados por la guerra generalmente han confirmado una relación entre la conducta de adaptación y los síntomas psicológicos, aunque no está claro cuáles estilos de adaptación (p. ej., enfocados en las emociones frente a enfocados en el problema) son más protectores en tales contextos (27). La intervención valorada (descrita adelante) tuvo como propósito específico mejorar la conducta de adaptación. Esperábamos que la intervención aumentara el número de métodos de adaptación utilizados por los niños, así como su satisfacción con estos métodos de adaptación, y que estos incrementos a su vez se relacionaran con disminuciones de los síntomas psicológicos.

MÉTODOS

Ámbito y participantes

Reunimos datos en las divisiones de Tellippalai y Uduvil del distrito de Jaffna en el norte de Sri Lanka, entre septiembre de 2007 y marzo de 2008. En agosto de 2006, un acuerdo de paz que se había observado desde 2002 se abandonó, y fue seguido del cierre de la única carretera territorial en la península de Jaffna. El periodo subsiguiente se caracterizó por racionamiento del alimento y otros suministros esenciales, toques de queda, bloqueos de carreteras, desapariciones, matanzas extrajudiciales y revueltas entre el ejército y los Tigres de Liberación. Dadas las experiencias de periodos previos de intensificación del conflicto armado en la región, esperábamos que en esta zona específica se pudiese garantizar la seguridad de los participantes y el personal y la continuación de las actividades escolares.

Implementamos un estudio randomizado en grupos más que un estudio randomizado individual para evitar la contaminación de la intervención dentro de las escuelas. Utilizamos un procedimiento de aleatorización de dos pasos. En el primero, dentro de las divisiones distritales, asignamos de manera aleatoria cada división a la intervención o a la condición de control de lista de espera (véase fig. 1). En segundo lugar, seleccionamos en forma aleatoria las escuelas para la inclusión en el estudio. Todas las escuelas de la lista proporcionada por el gobierno fueron aptas para participar en el estudio.

En escuelas seleccionadas al azar, valoramos a niños de los grados 4 a 7 (edades de 9 a 12 años) para determinar si cumplían los criterios de inclusión utilizando el Detector de Tensión Psicosocial en el Niño (CPDS), un instrumento de detección con validez de concepto intercultural establecida que fue ideado para utilizarse en niños afectados por conflictos armados (28,29). De acuerdo con los objetivos de prevención secundaria de la intervención (es decir, el enfoque específico en los síntomas de tensión psicosocial y de trastornos mentales frecuentes) y fortaleciendo los factores protectores), este procedimiento de detección de siete apartados valora, tanto en niños como en maestros: a) la existencia de factores de riesgo (es decir, notificación de la exposición a conocimientos relativos a la guerra, la angustia durante tal exposición, los síntomas psicológicos presentes y el funcionamiento escolar afectado); b) la falta de factores protectores (es decir, la notificación de una falta de apoyo social y de capacidad para adaptarse). No se excluyeron a los niños después que cumplían los criterios de inclusión y a un pequeño grupo de niños que notificó problemas mentales graves durante la detección se les brindó psi-

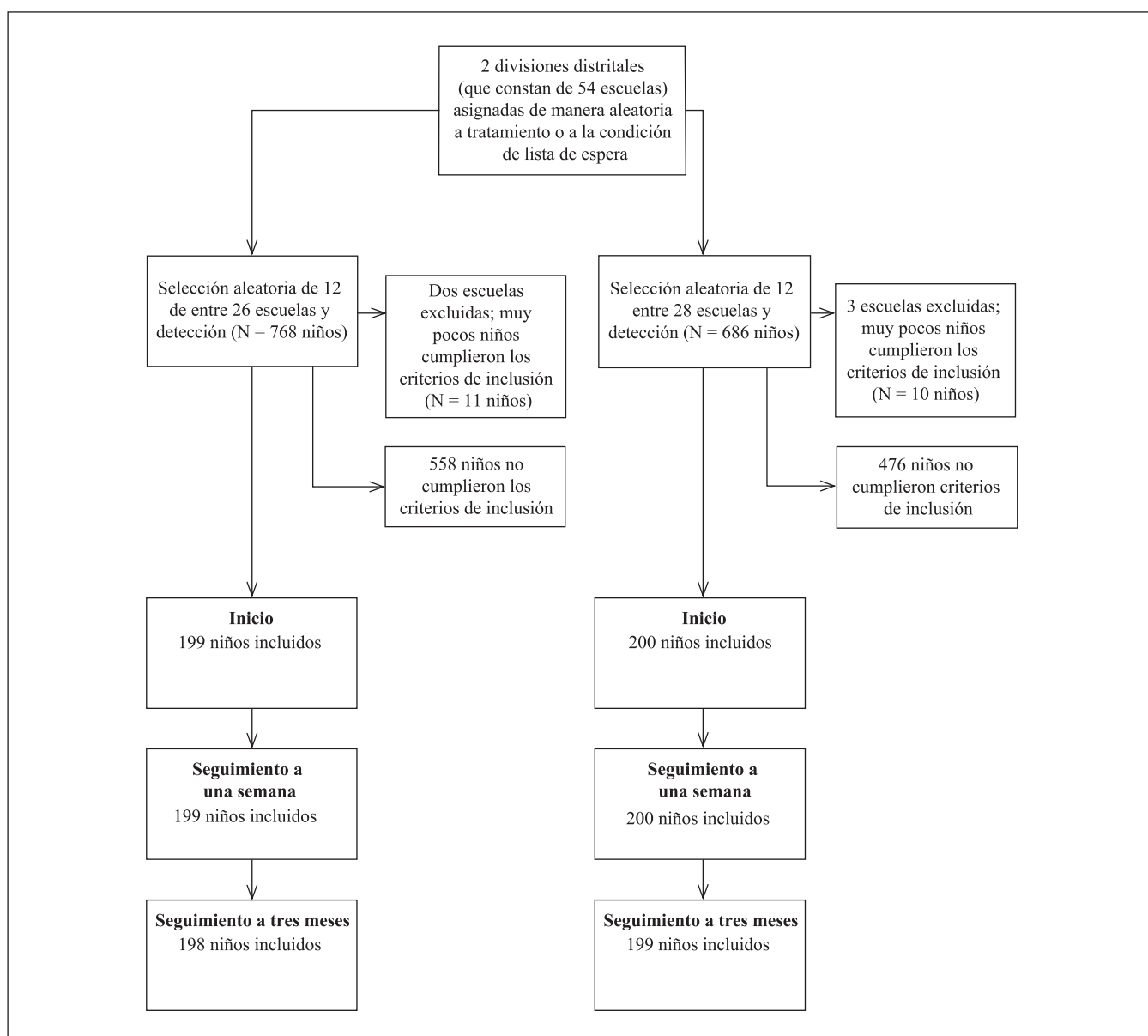


Figura 1. Diagrama de flujo de participantes.

coterapia de apoyo individual además de incorporarlos en el estudio (N = 19; 4,8%).

Basamos nuestra selección de 12 escuelas por condición de estudio en un cálculo de potencia a priori. Calculamos las magnitudes de efecto de 1,10 para el TEPT y 0,78 para los síntomas depresivos en los estudios previos sobre resultados de intervención que se aplicaron a los mismos instrumentos (30,31). Para detectar los cambios con las mismas magnitudes de efecto, con β igual a 0,02 (bilateral) y α igual a 0,95, calculamos que necesitábamos un mínimo de 18 y 35 niños (para síntomas de TEPT y depresivos respectivamente) por condición de estudio. Para tomar en cuenta la correlación dentro de los grupos, multiplicamos 35 por $1 + (m-1)\rho$, con $m = 30$ (tamaño de grupo promedio), $\rho = 0,01$ (correlación intragrupo) y una potencia de 95%, lo que dio por resultado un tamaño de la muestra apropiado de 137. Para compensar la deserción, tratamos de obtener un sobremuestreo a fin de

alcanzar aproximadamente 180 niños por condición de estudio. Calculamos que por lo menos un grupo de 15 niños por escuela cumpliría los criterios de inclusión después de la detección y por tanto decidimos obtener muestras de 12 escuelas por condición de estudio.

Intervención

La intervención de salud mental consistió en 15 sesiones durante cinco semanas de sesiones de grupo escolares implementadas por personal no especializado identificado en la localidad capacitado y supervisado para poner en práctica la intervención durante un año antes del estudio. Los encargados de la implementación tenían por lo menos un diploma de secundaria y fueron seleccionados por su afinidad y capacidad para trabajar con niños según lo demostraron en juegos de roles y entrevistas.

La intervención manualizada consistió en técnicas conductuales cognitivas (psicoeducación, fortalecimiento de la adaptación y exposición guiada a los sucesos traumáticos previos a través de dibujos) y elementos de expresión creativa (juegos en cooperación, movimiento estructurado, música, drama y baile) con grupos de alrededor de 15 niños, dirigidos a disminuir los síntomas de trastornos mentales frecuentes y fortalecer los factores protectores (32).

La intervención sigue una estructura específica dentro y entre las sesiones, con los siguientes focos de atención: información, seguridad y control en la semana 1 (sesiones 1-3); estabilización, toma de conciencia y autoestima en la semana 2 (sesiones 4-6); la descripción del trauma en la semana 3 (sesiones 7-9); identificación de recursos y habilidades de adaptación en la semana 4 (sesiones 10-12); y reconexión con el contexto social y la planificación futura en la semana 5 (sesiones 13-15).

Cada sesión se divide en cuatro partes, comenzando y terminando con movimiento estructurado, canciones y danza con el empleo de un «paracaídas» (es decir, una tela circular de color de gran tamaño). La segunda parte se basa en una «actividad central» enfocada en el tema principal de esa semana (p. ej., un ejercicio de trama para identificar los apoyos sociales en el entorno, o dibujar sucesos traumáticos) y la tercera parte es un juego en cooperación (es decir, un juego en el cual todos los niños tienen que participar para fomentar la cohesión del grupo).

La intervención fue parte de un programa de salud mental pública más extenso para los niños afectados por la guerra, que comprendió enfoques de prevención primaria y terciaria.

Criterios de valoración

Todos los criterios de valoración normalizados se seleccionaron con base en un estudio cualitativo preliminar, que abarcó 18 entrevistas con informantes clave, 20 debates de grupo enfocados y 23 entrevistas individuales semiestructuradas con niños y familiares identificados como portadores de los síntomas de salud mental (33). La obtención de los datos cualitativos también se aplicó para la elaboración de nuevas medidas. Las escalas de valoración normalizadas se tradujeron al tamil utilizando una forma de supervisión de la traducción, que representa un método estructurado para preparar instrumentos para investigación transcultural (34).

Criterios principales de valoración

Los síntomas de TEPT se valoraron con la escala de síntomas de TEPT del niño (CPSS), una escala de 17 apartados que mide los síntomas de TEPT según el DSM-IV con una escala de respuesta de cuatro puntos (intervalo de 0 a 51) (35). La fiabilidad interna (alfa de Cronbach) en nuestra muestra fue 0,84. Se examinaron los síntomas de depresión con la escala de autovaloración de la depresión de 18 apartados (DSRS), que utiliza una escala de respuesta de tres puntos (intervalo de 0 a 36) (36). La fiabilidad interna en nuestra muestra fue 0,65. Valoramos los síntomas de ansiedad con la versión de cinco apartados de la detección de Trastornos Emocionales Relacionados con la Ansiedad (SCARED-5; escala de respuestas de 3 puntos, intervalo de 0 a 10) (37). La fiabilidad interna en nuestra muestra fue 0,52.

Criterios secundarios de valoración

Como variables de salud mental general, utilizamos el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades de 25 apartados en su versión de autocumplimentación, que estaba disponible en tamil y que se validó en el distrito de Jaffna (38). Como lo recomendaron los creadores de este cuestionario, las cuatro subescalas que tienen que ver con las dificultades psicológicas se sumaron para obtener una calificación total global de dificultades (intervalo 0-40, fiabilidad interna 0,78) y con una quinta subescala de cinco apartados se valoró la conducta prosocial (intervalo 0-10, fiabilidad de intervalo 0,60).

Utilizando las entrevistas cualitativas del estudio preliminar, enumeramos y clasificamos todos los síntomas psicológicos comunicados por los participantes e identificamos dos grupos de síntomas no bien contemplados por las escalas de valoración normalizadas: las manifestaciones sobrenaturales (el ser afectados por espíritus malévolos, brujas o demonios) y los problemas de conducta relacionados con la guerra (uso de violencia como una forma de resolver conflictos, imitación de soldados/rebeldes). Seleccionando los síntomas más frecuentemente señalados, elaboramos escalas de seis apartados y ocho apartados, ambas con un formato de respuesta de cuatro puntos (intervalo de 0-18 y 0-24, fiabilidad interna de 0,58 y 0,61, respectivamente).

También elaboramos una escala para valorar la alteración de la función (39). Después de la observación breve de los participantes, la serie de diarios y los grupos de enfoque con los niños, se seleccionaron 10 actividades que representaban las vidas cotidianas de los niños por lo que respecta a las actividades individuales (p. ej., higiene, sueño), familiares (p. ej., tareas domésticas), compañeros (p. ej., juego), escolares (p. ej., participación, tareas escolares), comunitarias (p. ej., ayudar a los ancianos) y religiosas (p. ej., oración en el hogar). Se les preguntó a los niños si sentían alteradas estas actividades en un formato de respuesta de cuatro puntos (intervalo 0-30, fiabilidad interna 0,80).

Variables moderadoras y factores mediadores

El género sexual y la edad (en años) se valoraron como parte de la sección demográfica del cuestionario. Se valoró la exposición a la violencia y a los factores estresantes cotidianos con una escala de valoración localmente elaborada. Después de enumerar los principales acontecimientos bélicos adversos con 20 miembros del personal humanitario local, seleccionamos los sucesos bélicos más mencionados a los que los niños podrían haber estado expuestos. Esto dio por resultado una valoración dicotómica (sí/no) en una escala de 10 apartados que reflejaba la exposición previa a la guerra (intervalo de 0 a 10, por ejemplo, el ver explosiones de bombas, el ser testigo de asesinatos, el experimentar o ser testigos de una tortura, violencia sexual) y 11 apartados en los que se valoró la exposición a factores bélicos cotidianos actuales (intervalo 0-11, p. ej., no se cumplían las necesidades básicas, violencia doméstica, abuso de alcohol, separación de los miembros de la familia, desplazamiento).

Se valoraron los recursos para la adaptación y la satisfacción con el instrumento Kidcope evaluado por el niño (versión para más pequeños para las edades 7-12) (40). El instrumento

Kidcope contiene 15 preguntas relacionadas con 10 estrategias de adaptación, las cuales fueron valoradas en relación con un problema escolar imaginado (trabajar duro pero recibir malas calificaciones) preguntando cuáles estrategias de adaptación se utilizaban (incisos dicotómicos: si/no) y de qué manera los niños evaluaban su satisfacción con los métodos de adaptación empleados en una escala de tres puntos: (1. nada; 2. un poco; 3. mucho; intervalo 0-30; fiabilidad interna de los recursos para adaptación 0,77).

Procedimientos y ética

Todos los instrumentos fueron administrados mediante entrevista por un grupo de evaluadores que no participaron en brindar servicios, en un entorno privado en las escuelas. Estos evaluadores fueron capacitados en un periodo de tres semanas en la administración competente de escalas de valoración. No se les informó en torno a cuáles escuelas recibieron la intervención.

Antes de comenzar las actividades de investigación, analizamos nuestros planes con los directivos locales, escuelas y progenitores en reuniones en la población. Todos los niños y progenitores proporcionaron consentimiento por escrito después de explicarles el propósito y los procedimientos de las actividades de investigación. El permiso ético formal fue otorgado por la Junta Internacional de Análisis de la VU University y el comité de educación distrital de Jaffna.

Estadísticas

Para valorar la comparabilidad de las condiciones de estudio, se compararon los indicadores demográficos y de salud mental al inicio mediante la χ^2 con la corrección de la continuidad o la prueba exacta de Fisher para las frecuencias, y las pruebas de la t de muestras independientes para las variables continuas.

Los cambios longitudinales en los criterios de valoración se analizaron a través de la modelación de la curva de crecimiento

latente (LGCM) en un marco de modelación de ecuación estructural (41). Se utilizaron modelos de crecimiento condicional para estimar el efecto principal de intervención y modelar los efectos moderadores y a la vez realizar el ajuste con respecto a los efectos principales en forma correspondiente. En todos los modelos se efectuó el ajuste para el agrupamiento al nivel escolar. La LGCM se llevó a cabo en dos pasos. En un primer paso modelamos las curvas de crecimiento, utilizando como plazos de seguimiento 1, 6 y 18 semanas y calculamos el efecto de la intervención sobre los cambios en el curso del tiempo. En el segundo añadimos variables moderadoras y sus efectos principales para analizar posibles variaciones en los efectos de la intervención.

Debido a que sólo para dos participantes no se contó con datos sobre los criterios de valoración en la tercera evaluación (se perdió el seguimiento a las 18 semanas), llevamos a cabo un análisis de caso completo, excluyendo los dos participantes con los datos faltantes.

RESULTADOS

Características al inicio

Comparamos las características demográficas (género sexual, religión, tipo de vivienda, ocupación, cuidador, tamaño de la familia), exposición a la violencia, factores estresantes bélicos persistentes y calificaciones en los criterios de valoración, y no observamos diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones de estudio (tabla 1). La muestra consistió en más niños (61,4%) que niñas, fue predominantemente de religión hindú (81,0%) y los niños tenían entre 9 y 12 años de edad (media $11,03 \pm 1,05$).

Los niños estuvieron expuestos a un promedio de dos tipos de sucesos bélicos. Los tipos más frecuentes fueron: ver cuerpos asesinados (51,9%), presenciar la muerte de familiares (35,3%) y el verse afectados por redadas (32,6%). Además, los niños comunicaron un promedio de cuatro tipos de factores

Tabla 1. Comparación inicial de calificaciones en la exposición y criterios de valoración

	Condición de tratamiento (N=199)	Condición de lista de espera (N=200)	t(df=397)	p	ICC
	Media $\pm$ DE	Media $\pm$ DE			
Exposición	1.93 $\pm$ 1.34	1.91 $\pm$ 1.45	.141	.888	-.006
Factores estresantes persistentes	4.05 $\pm$ 1.94	4.16 $\pm$ 1.98	-.559	.576	.174
Detección	6.27 $\pm$ 1.44	6.34 $\pm$ 1.44	-.476	.634	.050
Síntomas de TEPT	15.03 $\pm$ 8.89	15.70 $\pm$ 9.12	-.748	.455	.002
Síntomas depresivos	8.39 $\pm$ 4.54	8.56 $\pm$ 4.37	-.388	.698	.000
Síntomas de ansiedad	3.29 $\pm$ 2.13	3.17 $\pm$ 2.16	.566	.571	-.005
Síntomas sobrenaturales	2.21 $\pm$ 2.59	1.97 $\pm$ 1.92	1.034	.302	.008
Síntomas conductuales	2.00 $\pm$ 2.84	1.99 $\pm$ 2.23	.039	.969	-.029
Dificultades totales (SDQ)	10.74 $\pm$ 5.57	10.29 $\pm$ 5.44	.823	.411	.005
Conducta prosocial	8.21 $\pm$ 1.82	8.34 $\pm$ 1.72	-.755	.451	.021
Métodos de adaptación	7.89 $\pm$ 3.07	7.87 $\pm$ 2.88	.082	.935	-.032
Satisfacción en la adaptación	18.29 $\pm$ 8.11	18.23 $\pm$ 7.44	.079	.937	-.034
Alteración funcional	3.64 $\pm$ 4.47	3.23 $\pm$ 4.37	.933	.351	.003

ICC, coeficiente de correlación intragrupo; TEPT, trastorno por estrés postraumático; SDQ, Cuestionario de Fortalezas y Dificultades.

estresantes diarios persistentes, con más frecuencia: el haber sido desplazados (73,9%); el ser afectados por la pobreza (67,9%), el tener dificultades para cumplir las necesidades básicas (62,7%) y niñas en la vecindad (62,7%). Los coeficientes de correlación intragrupo de los criterios de valoración (ICC) fluctuaron de -0,034 a 0,174).

Cambios en los criterios de valoración, variables moderadoras y mediadores

En primer lugar, valoramos los cambios medios brutos (es decir, no ajustados con respecto a la varianza agrupada (como un análisis explorador de cambios en los criterios de valoración (tabla 2). Estos análisis mostraron más mejoría estadísticamente significativa para los niños en la condición de intervención en la alteración de la ansiedad y la función (magnitudes de efecto 0,27 a 0,29). Para las niñas identificamos un efecto no intencional, de manera que las niñas en la condición

de lista de espera mostraron más mejorías en los síntomas de TEPT que las niñas en la condición de intervención (magnitud de efecto 0,37).

En segundo lugar, para valorar las trayectorias longitudinales de cambios en los criterios de valoración y la influencia de variables moderadoras, llevamos a cabo la LGCM, a la vez que ajustamos con respecto al agrupamiento de la varianza dentro de las escuelas. Analizamos si la condición de estudio pronosticaba diferentes trayectorias de crecimiento y si el género sexual, la edad, la exposición previa a la violencia y la experiencia actual de factores estresantes relacionados con la guerra moderaban los efectos de la intervención en el curso del tiempo (tabla 3). No se identificaron relaciones estadísticamente significativas entre la condición de estudio y las estimaciones de la constante para cuatro variables, lo que confirma la comparabilidad de las condiciones de estudio al inicio. Las trayectorias longitudinales no mostraron diferencias significativas entre las condiciones de estudio para nuestros criterios

Tabla 2. Media de diferencias de cambio en los criterios de valoración para niños y niñas (inicio al seguimiento a tres meses)

Variable	Niños				Niñas			
	Condición de tratamiento (N = 122)	Condición de lista de espera (N = 123)	Tratamiento frente a lista de espera		Condición de tratamiento N = 76	Condición de lista de espera (N = 78)	Tratamiento frente a lista de espera	
	Media ± DE	Media ± DE	t (df=243)	p	Media ± DE	Media ± DE	t(df=152)	p
Síntomas de TEPT	5.49±8.15	5.49±7.75	-.004	.997	4.83±8.17	7.88±8.49	-2.274	.024 ^b
Síntomas depresivos	1.64±4.80	1.62±4.48	.033	.974	1.42±3.86	2.03±4.02	-.951	.343
Síntomas de ansiedad	1.70±2.46	1.07±2.21	2.090	.038 ^a	1.29±2.44	1.55±2.43	-.667	.506
Dificultades totales	3.35±5.55	2.07±5.55	1.809	.072	3.37±5.18	3.06±5.59	.350	.727
Síntomas sobrenaturales	1.11±2.53	0.43±1.75	1.667	.097	1.09±2.49	0.77±1.97	.895	.323
Problemas de conducta	0.94±2.55	0.60±2.21	1.103	.271	0.55±1.85	0.27±2.83	.733	.465
Conducta prosocial	0.11±2.11	0.12±1.91	-.067	.947	-0.30±1.49	-0.09±1.87	-.780	.437
Alteración funcional	2.13±4.27	0.94±3.89	2.276	.24 ^a	2.00±4.15	1.60±5.33	.515	.607

TEPT = trastorno por estrés postraumático, ^amagnitudes de efecto 0,27 a 0,29; ^bmagnitud de efecto 0,37.

Tabla 3. Estimaciones modeladas de los cambios longitudinales en los criterios de valoración con género sexual y edad como variables moderadoras

Variable	Constante ^a		Pendiente: efecto principal ^b		Pendiente: interacción con género ^c		Pendiente: interacción con edad ^d		Pendiente: interacción con exposición previa a violencia ^a		Pendiente: interacción con factores estresantes presentes	
	Estimación	SE	Estimación	SE	Estimación	SE	Estimación	SE	Estimación	SE	Estimación	SE
Síntomas de TEPT	-.306	.879	.281	.332	-1.169	.444**	-.293	.261	.001	.134	.244	.108**
Síntomas depresivos	-.385	.454	.115	.112	-.206	.242	.134	.152				
Síntomas de ansiedad	-.075	.188	-.037	.065	-.308	.144**	.035	.062	-.048	.050	.066	.032**
Dificultades totales	.037	.516	-.198	.280	-.409	.225	-.102	.184				
Manifestaciones sobrenaturales	.149	.280	-.121	.064*	-.116	.101	-.022	.071				
Problemas de conducta	.080	.209	-.132	.045***	-.089	.100	.112	.048**	-.028	.076	.015	.043
Conducta prosocial	-.030	.166	.016	.052	-.101	.095	-.107	.050**	.014	.032	-.035	.020
Alteración funcional	-.427	.482	-.036	.143	-.346	.178	.102	.109	.000	.111	.167	.069**

TEPT, trastorno por estrés postraumático, ^acalificación promedio al inicio corregida con respecto a la agrupación; ^bcambio en el criterio de valoración a las 0,6 y 18 semanas; ^cuna estimación negativa indica disminuciones de las variables para los niños; ^duna estimación negativa indica disminuciones de la variable por cada año de mayor edad; *estadísticamente significativo en $\alpha < 0,06$, **estadísticamente significativo en $\alpha < 0,05$, ***estadísticamente significativo en $\alpha < 0,01$.

principales de valoración (TEPT, ansiedad, depresión); sin embargo, identificamos trayectorias significativamente diferentes para un criterio secundario de valoración. Los participantes en la condición de intervención mostraron más mejoría (una disminución) en los problemas de conducta en el curso del tiempo que los participantes en la condición de lista de espera (estimación de la pendiente de -0,132; $p = 0,003$). Así mismo, hubo una interacción significativa de la condición de estudio y la edad para los problemas de conducta, de manera que los niños más pequeños mostraron más mejoría que los niños mayores en la condición de intervención ($p = 0,019$).

Además, identificamos una serie de efectos de intervención para subgrupos específicos. El género sexual moderó en grado significativo los síntomas de TEPT (estimación de la pendiente -1,169; $p = 0,009$) y de ansiedad (estimación de la pendiente -0,308; $p = 0,032$), de manera que los niños en la condición de intervención mostraron más mejoría en el curso del tiempo que los niños en la condición de control de la lista de espera. Además, se identificó una interacción estadísticamente significativa con la edad para la conducta prosocial (estimación de la pendiente 0,112; $p = 0,032$). Los incrementos en la edad se relacionaron con ventajas más pequeñas de la intervención; en otras palabras, la intervención fue eficaz para aumentar la conducta prosocial únicamente en los niños más pequeños.

Analizamos la exposición previa a la violencia y la experiencia presente de factores estresantes cotidianos relacionados con la guerra como variables moderadoras (tabla 3). Puesto que ninguno de los análisis previos mostró trayectorias de cambio diferentes estadísticamente significativas en los síntomas de depresión, los síntomas sobrenaturales y los síntomas psicológicos generales, no analizamos este grupo de variables en estos análisis. Identificamos un papel moderador importante en la experiencia de factores estresantes diarios presentes relacionados con la guerra. Esta experiencia moderó los efectos del tratamiento, de manera que los niños en la condición de intervención con bajos grados de tales factores estresantes mostraron más mejorías en el TEPT (estimación 0,244; $p = 0,024$), la ansiedad (estimación 0,066; $p = 0,039$) y la alteración de la función (estimación: 0,167; $p = 0,016$) que los niños en la condición de lista de espera. El ajuste de la LGCM al modelo fue aceptable para casi todos los modelos, fluctuando de 0,87 a 1,00 en el índice de ajuste comparativo.

Por último, analizamos la conducta de adaptación como un posible mediador de los efectos de intervención. El análisis de la media bruta de cambios y la LGCM no mostró diferencias entre las condiciones de estudio con respecto a las trayectorias de los recursos de adaptación y la satisfacción de la adaptación. Puesto que una relación significativa entre la intervención y un mediador putativo es un requisito preliminar para un rol mediador (y esta condición no se cumplió), no investigamos más el posible rol de la conducta de adaptación.

DISCUSIÓN

Esta valoración de la intervención preventiva secundaria en niños que asistían a la escuela en Sri Lanka se añade a las pruebas emergentes que respaldan las intervenciones de apoyo a la salud mental y psicosocial en regiones afectadas por conflictos bélicos. De un modo similar a las intervenciones previas basadas en la escuela para los niños afectados por las guerras,

se observaron efectos de intervención diferentes. Observamos un efecto principal en una escala de construcción local para los problemas de conducta, con ventajas de la intervención más sólidas para los niños más pequeños. Estos problemas de conducta, que incluyen por ejemplo una tendencia a utilizar la violencia como un medio para resolver el conflicto, la imitación de soldados, el mostrar falta de respeto a los ancianos, representaron una categoría importante de síntomas psicológicos relacionados con la guerra como lo explicaron niños, progenitores y maestros en nuestro estudio cualitativo. Por otra parte, se identificaron efectos de la intervención en los niños que presentaban menores grados de factores estresantes cotidianos presentes relacionados con la guerra (TEPT, ansiedad, alteración de la función), en los niños del género masculino (síntomas de TEPT y de ansiedad) y en los niños más pequeños (conducta prosocial). Sin embargo, identificamos un efecto no cívico no intencional de la intervención para las niñas en cuanto a los síntomas de TEPT.

Antes de analizar estos hallazgos con más detalle, señalamos una serie de limitaciones de la metodología aplicada del estudio. En primer lugar, aunque no revelamos la condición de estudio a los evaluadores y seleccionamos evaluadores para la investigación externos a las actividades de intervención, no pudimos hacer el ajuste con respecto a la posible revelación de la condición del estudio por los niños que participaron en el estudio. En segundo lugar aunque incluimos una medida localmente validada (el cuestionario de fortalezas y dificultades), nuestros criterios principales de valoración para TEPT, depresión y ansiedad tienen una validez desconocida como criterio local. En tercer lugar, la fiabilidad de algunas de las medidas fue ligeramente menor que la aceptable (notablemente para los síntomas de ansiedad). Pese a estas limitaciones, este estudio añade a la literatura un estudio de resultados de intervención riguroso que se apega a las directrices de CONSORT, en un diseño de estudio pragmático (42).

Aunque se identificaron algunos efectos de intervención promisorios, el hallazgo de que las niñas en la condición de lista de espera mostraron más mejorías con el tiempo en los síntomas de TEPT que las niñas en la condición de intervención, es un resultado inesperado importante de este estudio. Como una posible explicación de este hallazgo, hacemos referencia a la imbricación en los efectos moderadores de género sexual y la experiencia activa de los factores estresantes cotidianos relacionados con la guerra. Las dos variables moderaron las condiciones entre la relación de estudio y los cambios en el TEPT y la ansiedad. Es posible que la experiencia de factores estresantes cotidianos relacionados con la guerra fuese diferente para niños y niñas y que estas diferencias sean el motivo de las diferencias en los efectos de la intervención. Además, es posible que aspectos específicos de los componentes operativos de la intervención (p. ej., el fortalecer métodos específicos de adaptación o estrategias de apoyo social) contribuyesen a las diferencias en los efectos para niños y niñas. Tal suposición sería compatible con los hallazgos de intervenciones psicológicas previas en niños y adolescentes afectados por la guerra, en las cuales a menudo se observaron efectos específicos de género sexual (13-15,18). En el caso de esta intervención puede ser importante valorar la implementación con grupos de género diferente.

Nuestros hallazgos resaltan la cuestión de cuáles pueden ser las intervenciones apropiadas para tratar las repercusiones

de la guerra en la salud mental de los niños. Por una parte, basándonos en la falta de efectos de intervención principales identificados sobre los criterios principales de valoración en este estudio, puede argüirse que las intervenciones psicoterapéuticas clínicas más que las intervenciones llevadas a cabo en la escuela serían una opción de intervención más apropiada. Por ejemplo, estudios realizados en países con altos ingresos han mostrado apoyo para la psicoterapia cognitiva conductual enfocada en el trauma y el movimiento de los ojos y el reprocesamiento de la desensibilización (43). Sin embargo, de todas maneras argüiríamos la importancia de las intervenciones de prevención primaria y secundaria en los niños afectados por conflictos bélicos debido a dos motivos. En primer lugar, estas intervenciones pueden tener ventajas en los criterios de valoración más allá del TEPT, que son consecuencias importantes –aunque mucho menos estudiadas– de la guerra sobre la salud mental de los niños (33). Por ejemplo, este estudio mostró mejoras en los problemas de conducta, ansiedad, conducta prosocial y alteración de la función y los estudios previos también mostraron ventajas en cuanto a esperanza, apoyo social, agresión y dificultades psicológicas generales (13-15). En segundo lugar, aunque los efectos observados de tales intervenciones hasta el momento pueden haber sido de magnitud de efecto más pequeña en comparación con las intervenciones clínicas individuales y pueden estar limitadas a grupos de población específicos, tales intervenciones conllevan el potencial de llegar a grupos de población más extensos con menos recursos y en ámbitos más accesibles, y por tanto pueden tener efectos similares sobre el bienestar de poblaciones en general como intervenciones clínicas (44). Sin embargo, nuestros hallazgos claramente apuntan a la necesidad de esfuerzos más cuidadosos para identificar las vías modificables específicas de riesgo y los factores de protección para los niños afectados por conflictos bélicos (45,46), a fin de evitar perjudicar el restablecimiento natural (14,47). Tal investigación fue considerada como una prioridad clave en un esfuerzo reciente para establecer prioridades de investigación para la salud mental y el apoyo psicosocial en ámbitos humanitarios (48,49).

Este estudio muestra las posibles limitaciones de la tendencia actual en los PIBM para el cambio de tareas y la integración de las intervenciones en salud mental en los ámbitos basados en la población. No es inaceptable esperar que cuando las intervenciones se desplazan del campo clínico a la población, y de la implementación por profesionales especializados a la implementación por trabajadores profanos, los efectos de la intervención estarán más fuertemente moderados por factores contextuales (p. ej., pobreza, exposición a violencia, marginación social). Este estudio indica que será decisivo para las evaluaciones de las intervenciones en salud mental explorar no solamente si las intervenciones son eficaces sino cómo pueden ser eficaces, a fin de ajustarlas al contexto y a los grupos de población.

Se ha planteado previamente que –dada la gran escasez de profesionales de la salud en los PIBM– el papel del profesional clínico en los PIBM debiera ser principalmente el de un profesional de la salud pública que dirija el esfuerzo a aumentar los servicios de salud mental e incrementar la cobertura de la atención (50). Este y otros estudios muestran que los profesionales clínicos en las zonas afectadas por la violencia para este fin pueden supervisar satisfactoriamente el desplazamiento de tareas a personal sanitario profano capacitado para promover

la salud mental (p. ej., aumentar la adaptación, el apoyo social, la esperanza) y disminuir la ansiedad y la alteración. Sin embargo, en condiciones de factores estresantes persistentes, los profesionales clínicos deben tener presentes las variables moderadoras contextuales de los esfuerzos preventivos y el tratamiento de los síntomas de TEPT específicamente puede precisar un enfoque más especializado, o una modalidad de tratamiento diferente (p. ej., un enfoque individual o familiar).

Agradecimientos

Quisiéramos agradecer a PLAN Netherlands por el financiamiento de este estudio. PLAN Netherlands no tuvo ninguna intervención en el diseño y la ejecución del estudio, la obtención, el manejo, el análisis o la interpretación de los datos ni la preparación, el análisis o la aprobación del manuscrito.

Bibliografía

1. Somasundaram D. Scarred minds: the psychological impacts of war on Sri Lankan Tamils. New Delhi: Sage Publications, 1998.
2. Somasundaram D, Jamunanantha CS. Psychosocial consequences of war: Northern Sri Lankan experience. In: de Jong JTV (ed). Trauma, war, and violence: public mental health in socio-cultural context. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2002:205-58.
3. Catani C, Jacob N, Schauer E et al. Family violence, war, and natural disasters: a study of the effect of extreme stress on children's mental health in Sri Lanka. *BMC Psychiatry* 2008;8:33-4.
4. Elbert T, Schauer M, Schauer E et al. Trauma-related impairment in children: a survey in Sri Lankan provinces affected by armed conflict. *Child Abuse & Neglect* 2009;33:238-46.
5. Somasundaram D. Collective trauma in northern Sri Lanka: a qualitative psychosocial-ecological study. *Int J Ment Health Syst* 2007;1:5.
6. Catani C, Schauer E, Neuner F. Beyond individual war trauma: domestic violence against children in Sri Lanka and Afghanistan. *J Marital Fam Ther* 2008;34:165-76.
7. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M et al. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 2007;370:878-89.
8. Panter-Brick C, Eggerman M, Gonzalez V et al. Violence, suffering, and mental health in Afghanistan: a school-based survey. *Lancet* 2009;374:807-16.
9. Stein BD, Jaycox LH, Kataoka SH et al. A mental health intervention for schoolchildren exposed to violence: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;290:603-11.
10. Kavanagh J, Oliver S, Caird J et al (eds). Inequalities and the mental health of young people: a systematic review of secondary school-based cognitive behavioural intervention. London: EPPI Centre, University of London, 2009.
11. Tol WA, Barbui C, Galappatti A et al. Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research. *Lancet* 2011;378:1581-91.
12. Layne CM, Saltzman WR, Poppleton L et al. Effectiveness of a school-based group psychotherapy program for war-exposed adolescents: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47:1048-62.
13. Tol WA, Komproe IH, Susanty D et al. School-based mental health intervention for children affected by political violence in Indonesia: a cluster randomized trial. *JAMA* 2008;300:655-62.

14. Tol WA, Komproe IH, Jordans MJ et al. Mediators and moderators of a psychosocial intervention for children affected by political violence. *J Consult Clin Psychol* 2010;78:818-28.
15. Jordans MJ, Komproe IH, Tol WA et al. Evaluation of a classroom-based psychosocial intervention in conflict-affected Nepal: a cluster randomized controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry* 2010;51:818-26.
16. Khamis V, Macy R, Coignez V. The impact of the Classroom/Community/Camp-based Intervention (CBI) Program on Palestinian children. *Save the Children, USA*, 2004.
17. Berger R, Gelkopf M. School-based intervention for the treatment of Tsunami-related distress in children: a quasi-randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2009;78:364-71.
18. Bolton P, Bass J, Betancourt T et al. Interventions for depression symptoms among adolescent survivors of war and displacement in northern Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA* 2007;298:519-27.
19. Dybdahl R. Children and mothers in war: an outcome study of a psychosocial intervention program. *Child Dev* 2001;72: 1214-30.
20. Kraemer HC, Wilson T, Fairburn CG et al. Mediators and moderators of treatment effects in clinical trials. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:877-83.
21. Kazdin AE. Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu Rev Clin Psychol* 2007;3:1-27.
22. Miller KE, Rasmussen A. War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Soc Sci Med* 2010;70:7-16.
23. Neuner F. Assisting war-torn populations: should we prioritize reducing daily stressors to improve mental health? Comment on Miller and Rasmussen (2010). *Soc Sci Med* 2010;71:1381-4.
24. Miller KE, Rasmussen A. Mental health and armed conflict: the importance of distinguishing between war exposure and other sources of adversity: a response to Neuner. *Soc Sci Med* 2010;71:1385-9.
25. Fernando G, Miller KE, Berger DE. Growing pains: the impact of disaster-related and daily stressors on the psychological and psychosocial functioning of youth in Sri Lanka. *Child Dev* 2010;81:1192-210.
26. Rasmussen A, Nguyen L, Wilkinson J et al. Rates and impact of trauma and current stressors among Darfuri refugees in eastern Chad. *Am J Orthopsychiatry* 2010;80:227-36.
27. Punamaki RL. Resiliency in conditions of war and military violence: preconditions and developmental processes. In: Garalda ME, Flament M (eds). *Working with children and adolescents: an evidence-based approach to risk and resilience*. Lanham: Jason Aronson, 2006:129-78.
28. Jordans MJD, Komproe IH, Tol WA et al. Screening for psychosocial distress amongst war-affected children: cross-cultural construct validity of the CPDS. *J Child Psychol Psychiatry* 2009;50:514-23.
29. Jordans MJD, Komproe IH, Ventevogel P et al. Development and validation of the Child Psychosocial Distress Screener in Burundi. *Am J Orthopsychiatry* 2008;78:290-9.
30. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP et al. A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43: 393-402.
31. Layne CM, Pynoos RS, Saltzman WR et al. Trauma/grief-focused group psychotherapy: school-based postwar intervention with traumatized Bosnian adolescents. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice* 2001;5:277-90.
32. Macy RD, Johnson Macy D, Gross SI et al. Healing in familiar settings: support for children and youth in the classroom and community. *New Directions in Youth Development* 2003;98:51-79.
33. Tol WA, Reis R, Susanty D et al. Communal violence and child psychosocial wellbeing: qualitative findings from Poso, Indonesia. *Transcult Psychiatry* 2010;47:112-35.
34. van Ommeren M, Sharma B, Thapa SB et al. Preparing instruments for transcultural research: use of the Translation Monitoring Form with Nepali-speaking Bhutanese refugees. *Transcult Psychiatry* 1999;36:285-301.
35. Foa EB, Johnson KM, Feeny NC et al. The Child PTSD Symptom Scale: a preliminary examination of its psychometric properties. *J Clin Child Psychol* 2001;30:376-84.
36. Birmaher B, Brent DA, Chiappetta L et al. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1230-6.
37. Birmaher B, Brent DA, Chiappetta L et al. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1230-6.
38. Lukumar P, Wijewardana K, Hermansson J et al. Validity and reliability of Tamil version of Strengths and Difficulties Questionnaire self-report. *Ceylon Med J* 2008;53:48-52.
39. Tol WA, Komproe IH, Jordans MJD et al. Developing a function impairment measure for children affected by political violence: a mixed methods approach in Indonesia. *Int J Qual Health Care* 2011;23:5-83.
40. Spirito A, Stark LJ, Williams C. Development of a brief coping checklist for use with pediatric populations. *J Pediatr Psychol* 1988;13:555-74.
41. Duncan TE, Duncan SC. An introduction to latent growth curve modeling. *Behav Ther* 2004;35:333-63.
42. Thorpe KE, Zwarenstein M, Oxman OD et al. A pragmatic explanatory continuum indicator summary (PRECIS): a tool to help trial designers. *J Clin Epidemiol* 2009;62:464-75.
43. Silverman WK, Ortiz CD, Viswesvaran C et al. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008;37:156-83.
44. Patel V, Flisher AJ, Nikapota A et al. Promoting child and adolescent mental health in low and middle income countries. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49:313-34.
45. Betancourt TS, Brennan RT, Rubin-Smith J et al. Sierra Leone's former child soldiers: a longitudinal study of risk, protective factors, and mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49:606-15.
46. Panter-Brick C, Goodman A, Tol WA et al. Mental health and childhood adversities: a longitudinal study in Kabul, Afghanistan. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50:349-63.
47. Tol WA, Jordans MJD, Reis R et al. Ecological resilience: working with child-related psychosocial resources in war-affected communities. In: Brom D, Pat-Horenczyk R, Ford J (eds). *Treating traumatized children: risk, resilience, and recovery*. London: Routledge, 2009:164-82.
48. Tol WA, Patel V, Tomlinson M et al. Research priorities for mental health and psychosocial support in humanitarian settings. *PLoS Med* 2011;8:e1001096.
49. Tol WA, Patel V, Tomlinson M et al. Relevance or excellence? Setting research priorities for mental health and psychosocial support in humanitarian settings. *Harv Rev Psychiatry* 2012;20:25-36.
50. Patel V. The future of psychiatry in low- and middle-income countries. *Psychol Med* 2009;39:1759-62.

Apoyo de compañeros entre las personas con enfermedades mentales graves: un análisis de evidencia y experiencia

LARRY DAVIDSON, CHYRELL BELLAMY, KIMBERLEY GUY, REBECCA MILLER

Program for Recovery and Community Health, Yale University School of Medicine, 319 Peck Street, Building 1, New Haven, CT 06513, USA

Se considera que el apoyo de compañeros en gran parte representa un avance reciente en la salud mental de la población y fue introducido en la década de 1990 como parte del movimiento de usuarios de los servicios de salud mental. De hecho, el apoyo de compañeros tienen sus raíces en la época del tratamiento moral inaugurada por Pussin y Pinel en Francia a finales del siglo XVIII y ha resurgido en diferentes épocas durante la historia de la psiquiatría. En su forma más reciente, el apoyo de compañeros rápidamente se está expandiendo en varios países y, en consecuencia, se ha convertido en el foco de una investigación considerable. Por consiguiente, hasta el momento, hay evidencia de que el personal asociado que proporciona servicios de salud mental tradicional puede ser eficaz para lograr que las personas participen en la atención, reduciendo el empleo de salas de urgencia y hospitales y disminuyendo el uso de drogas en personas con trastornos por toxicomanía concomitantes. Al proporcionar apoyo de compañeros que conlleva un auto-testimonio positivo, modelación de roles y consideración circunstancial, el personal integrado por compañeros también ha aumentado el sentido de esperanza de los participantes, control y capacidad para efectuar cambios en sus vidas; aumenta su propio cuidado, su sentido de pertenencia a la sociedad y la satisfacción en diversos dominios de la vida; y disminuye el grado de depresión y psicosis de los participantes.

Palabras clave: Apoyo de compañeros, auto-testimonio, modelación de rol, empatía, restablecimiento.

(*World Psychiatry* 2012;11:123-128)

«En la medida de lo posible, se selecciona a todos los servidores de la categoría de pacientes mentales. En todo caso están mejor adaptados para este trabajo exigente pues por lo general son más gentiles, honestos y humanos» – Jean Baptiste Pussin, en una carta dirigida a Philippe Pinel en 1793 (1).

El apoyo de compañeros entre las personas con enfermedades mentales graves en gran parte se ha considerado un fenómeno reciente y la primera descripción publicada de esta supuesta «nueva» forma de prestación de servicios data de 1991 (2) y se atribuyó al movimiento de usuarios de servicio de salud mental que se inició en la década de 1970 (3). Sin embargo, como lo indica el pasaje antes citado, la idea de que las personas en etapa de restablecimiento pueden estar muy bien adaptadas para ayudar a otras que padecen de una enfermedad mental grave tiene una historia más prolongada aunque no reconocida.

En la época en que escribió la carta de la cual se extrajo el pasaje antes mencionado, Pussin fungía como gobernador (es decir, superintendente) del Bicêtre Hospital en París, donde él mismo había sido paciente. Pinel había sido asignado como médico jefe ahí, y había pedido a Pussin que describiese de qué manera estaba funcionando el hospital antes de su llegada. Como se señaló antes, una de las estrategias de manejo clave de Pussin fue contratar la mayor cantidad de personal para el hospital en lo posible de entre los pacientes restablecidos. Además, de ser «gentiles, honestos y humanos», Pinel descubrió que estos ex pacientes contratados por Pussin «tenían aversión a la crueldad activa» (la cual era una estrategia de tratamiento frecuente en los asilos para enfermos mentales de esos días) y estaban «predispuestos a la amabilidad» (4) hacia los pacientes bajo su cuidado. Fue entonces en un grado importante gracias a la contratación y el despliegue de tal personal que Pinel y Pussin pudieron deshacerse de los grilletes y el abuso e instaurar lo que desde entonces se ha llamado la era de «tratamiento moral» (5).

El reconocimiento de la utilidad del apoyo de compañeros entre las personas con enfermedades mentales graves data por tanto de hace siglos y el procedimiento ha surgido periódicamente y al parecer con buen efecto durante toda la historia de la psiquiatría. Por ejemplo, Harry Stack Sullivan utilizó una estrategia similar de contratar a pacientes que se habían restablecido de episodios psicóticos para integrar el personal de su unidad de enfermos internos en Estados Unidos en la década de 1920 (5).

Durante los últimos 20 años, el procedimiento de apoyo de compañeros prácticamente ha proliferado en todo el mundo y más que nunca un mucho mayor número de personas que se restablecen son contratadas para brindar apoyo a compañeros. En la actualidad las estimaciones ubican la cifra de compañeros como personal de apoyo en más de 10.000 tan solo en Estados Unidos (6) y esta cifra sigue aumentando con una velocidad sorprendente pese a la recesión global y a las altas tasas de desempleo. Por consiguiente, es oportuno alejarse de lo que se ha llegado a convertir en una especie de atrocidad en las políticas de la salud mental contemporánea para analizar lo que se sabe hasta ahora sobre esta específica estrategia dentro del contexto del ejercicio clínico basado en la población. En este documento se hará esto, en primer lugar, analizando la base de evidencia existente y, en segundo lugar, describiendo algunas de las inquietudes que han surgido a medida que se han contratado más compañeros, junto con algunas de las estrategias que han resultado útiles para abordar y superar estas inquietudes.

EVIDENCIA

«Sí, es agradable saberlo... es como contar con alguien en quien se puede confiar, sientes como que estás en el mismo barco... ella estaba deprimida, sin hogar, con un problema de drogas. Y es ahí donde yo me encontraba. Y soy nueva en ello. Ella tiene su automóvil, ha conseguido su departamento y yo estoy trabajando para conseguir esas cosas, y es preci-

samente tu sabes, alguien que realmente sabe» –Persona con enfermedad mental grave que describe las experiencias de un compañero prestador de servicios.

Gran parte de la investigación realizada en torno al apoyo de compañeros hasta la fecha puede conceptuarse como perteneciente a una de tres categorías de una gama continua líneas (7,8). La primera etapa de la investigación consistió en estudios de *factibilidad*, en los cuales el principal objetivo fue demostrar que de hecho era posible capacitar y controlar a personas con antecedentes de enfermedades mentales graves para que fungieran como personal psiquiátrico. Dado el antecedente de estigma y discriminación en contra de las personas con enfermedades mentales graves, fue necesario primero demostrar que tales personas podían realizar las tareas implícitas. En esta etapa inicial, los roles del personal compañero se conceptuaron principalmente como auxiliares y de apoyo al personal habitual en función de ayudantes de gestores de caso o acompañantes; roles para los cuales se necesitaban pocas destrezas o capacidades específicas. Cuatro estudios randomizados comparativos realizados durante la década de 1990 demostraron de manera congruente que el personal compañero podía funcionar adecuadamente en estos roles y producir resultados por lo menos similares a los producidos por personal no compañero (9-12), de los cuales dos estudios mostraron resultados ligeramente mejores para quienes recibían apoyo de compañeros además de la atención habitual en comparación con los que sólo recibían cuidados habituales (9,11).

La segunda etapa de la investigación implicó estudios en que se comparó al personal compañero y personal no compañero, ambos desempeñando roles *convencionales* como gestores de casos, personal de rehabilitación y trabajadores y asistentes sociales. En estos estudios de servicios habituales proporcionados por compañeros, la mayor parte reveló de nuevo que el personal compañero funcionaba al menos tan bien en sus roles que el personal no compañero y lograba resultados equivalentes (13-16). No obstante, varios estudios en esta segunda etapa de investigación comenzaron a detectar diferencias uniformes entre estas dos condiciones, de manera que los servicios proporcionados por compañeros generaban resultados superiores por lo que respecta a lograr la participación de pacientes «difíciles de alcanzar», menores tasas de hospitalización y días de internamiento y una disminución del uso de drogas entre las personas con trastornos por toxicomanía concomitantes (17-20). Estos hallazgos promisorios hicieron que los investigadores en este campo resaltarán la necesidad de la siguiente generación de investigaciones para especificar y comenzar a evaluar las formas en las cuales el personal compañero puede realizar sus funciones de manera diferente al personal no compañero, basándose en sus experiencias directas de discapacidad, estigma y restablecimiento, y si estos nuevos roles podrían crearse en el sistema de salud mental en el cual estas experiencias vitales pueden utilizarse con más eficacia para fomentar el restablecimiento de otros (8,21-24).

En otras palabras, en tanto que en la segunda etapa de investigación se evaluó el funcionamiento de compañeros en prestar los servicios habituales dentro de los roles tradicionales, estos estudios se quedaron cortos para investigar si los compañeros podían o no realizar nuevas funciones en nuevos roles que eran singulares para ellos debido a que se derivaban específicamente de sus propias experiencias directas de enfermedad, restableci-

miento y uso de servicios –experiencias que no eran compartidas por el personal no compañero.

Por consiguiente, se ha necesitado una tercera generación de estudios para comenzar a dar respuesta a la siguiente pregunta: a) ¿son diferentes las intervenciones proporcionadas por compañeros en alguna forma importante de las mismas intervenciones que proporcionan no compañeros? b) ¿hay alguna intervención que no puedan proporcionar las personas que no tienen su propia experiencia psiquiátrica directa y que por ello conviertan al apoyo de compañeros en una forma singular de prestación de servicios? c) si tal es el caso, ¿cuáles son los elementos activos de estos aspectos del apoyo de compañeros y cuáles resultados pueden producir?

Hasta el momento, la literatura ha señalado tres contribuciones básicas del apoyo de compañeros que parecería ser singular, o por lo menos, especialmente adaptada para el personal de compañeros. La primera es infundir *esperanza* a través del *auto-testimonio* positivo, lo que demuestra al sector del servicio que es posible avanzar desde estar controlado por la enfermedad hasta lograr algún control de la misma, de ser víctima a ser el héroe en el viaje de la propia vida (23,25). La segunda contribución expande esta función de *modelación de rol* para incluir el autocuidado de la propia enfermedad y explorar nuevas formas de utilizar el conocimiento experiencial, o «*inteligentes de la calle*», para vérselas con los problemas de la vida cotidiana, no sólo con la enfermedad sino también con el hecho de tener escasos o nulos ingresos, de tener un albergue inestable, de superar el estigma, la discriminación y otros traumas, todo esto mientras tratan lidiar con el complejo laberinto de sistemas de servicios sociales y humanos (23,26).

El tercer aspecto del apoyo de compañeros se enfoca en las características de la relación entre el proveedor compañero y el receptor, que se considera esencial para que los primeros dos componentes sean eficaces. Esta relación se caracteriza por confianza, aceptación, comprensión y el recurrir a la *empatía*; la empatía que en este caso va aparejada de «*consideración circunstancial*» –por lo demás descrita como la capacidad de un proveedor compañero de «interpretar» a un paciente basándose en que ha estado en los mismos zapatos en que ahora esta éste. Su capacidad para la empatía directa e inmediata con sus pacientes se puede utilizar en esta forma específica por el personal compañero pues pueden tener expectativas más altas y pueden plantear más demandas a sus pacientes, sabiendo que es posible restablecerse, pero también que es necesario un duro trabajo para hacerlo (p. ej., «sé cuan desesperanzado te sientes ahora, pero también sé que puedes trabajar para lograr una mejor vida») (26-27). Estas expectativas en ocasiones pueden llevar al conflicto, pero también tienen la misma probabilidad, sino es que más, de dar por resultado la estimulación y la inspiración (26-29).

Si bien apenas se está llevando a cabo ahora esta tercera etapa de la investigación de compañeros –que se enfoca en cualquier posible cualidad *singular* que puedan tener los servicios alternativos proporcionados por compañeros–, un par de estudios recién terminados son sugestivos de lo que podemos esperar. Por ejemplo, nuestro equipo de investigación llevó a cabo un estudio, financiado por el National Institute of Mental Health, sobre la atención centrada en la persona, sensible a los factores culturales, en relación con la psicosis en adultos de origen africano o hispanoamericano en el cual el personal compañero desempeñó dos nuevos roles que fueron concebidos específicamente para ese estudio. Utilizando el procedimiento basado en

evidencia de control de la enfermedad y restablecimiento (IRM) como nuestra condición de comparación (39), capacitamos a personal compañero para que proporcionara una de dos series de intervenciones. La primera serie consistió en fungir como un defensor para facilitar la planificación de la atención centrada en la persona a los participantes a fin de que tuviesen una intervención más activa en dirigir su propio tratamiento y restablecimiento. La segunda serie consistió en fungir como un «conector con la población» para apoyar a los participantes en la consecución de actividades y papeles sociales que habían identificado en su plan de tratamiento. Un total de 290 adultos con enfermedades mentales graves fueron asignados de manera aleatoria a una de tres condiciones que se basan una en otra de una manera gradual: a) tratamiento habitual más la invitación a participar en el procedimiento de IMR basado en evidencia; b) tratamiento habitual más IMR más un proceso de planificación centrado en la persona (PCP) facilitado por compañeros; y c) tratamiento habitual más IMR y PCP con la adición del programa conector a la población implementado por compañeros.

En este estudio, descubrimos ventajas de dos formas de apoyo por compañeros en comparación con el tratamiento habitual más IMR. En concreto, el añadir un proceso de planificación de la atención centrado en la persona y facilitado por compañeros aumentó el grado en el cual los participantes consideraron que su tratamiento era sensible e inclusivo de aspectos no relativos al tratamiento (p. ej., albergue y empleo) y aumentaban su sentido de control y capacidad para lograr cambios en sus vidas. El programa conector a la población gestionado por compañeros aumentaban su sentido de esperanza y grado de participación en el control de su enfermedad, grado de satisfacción con la vida en familia, sentimientos positivos sobre sí mismos y sus vidas, apoyo social y sentido de pertenencia a la comunidad. Por último, y tal vez de manera más inesperada, el programa de integración en la comunidad por compañeros disminuyó el grado de síntomas psicóticos de los participantes y a la vez incrementó el grado de ansiedad que experimentaban a consecuencia de estos síntomas. Datos cualitativos señalaron que este incremento de la ansiedad puede haberse debido al hecho de que se estimulaba a los participantes para que hicieran más con sus vidas y percibían sus síntomas residuales como obstáculos para la consecución de actividades que les interesaban, en tanto que en el pasado estos mismos síntomas, aunque más prominentes, no se consideraban en la misma forma como obstáculos para una vida más plena (31).

El segundo estudio complementó los hallazgos previos, antes señalados, que sugerían que el apoyo de compañeros podría ser útil para disminuir las tasas y los días de hospitalización en personas con antecedentes de múltiples hospitalizaciones. Para este estudio capacitamos y desplegamos personal compañero a fin de que fungiera como «tutores de restablecimiento» (el nombre que ellos mismos escogieron), un papel más amplio que integraba las intervenciones tanto de defensor del PCP como de conector a la población del estudio previo. La retroalimentación de participantes y de personal compañero por igual en el estudio previo indicó una fuerte preferencia por hacer que las funciones de defensa y de integración a la comunidad realizadas por una persona de una manera continuada, más que obligar al participante a crear confianza en dos personas diferentes. Como resultado de esta retroalimentación creamos un modelo de tutela de restablecimiento que absorbiese estas y otras funciones relacionadas y las integrase en el rol de un prestador de servicios compañero quien, lo que es más importante, estuviese capacitado en cómo

utilizar sus propias experiencias vitales para el beneficio de sus pacientes. Además de las aplicaciones positivas del auto-testimonio, el personal compañero se capacitó para establecer relaciones de empatía, utilizando la consideración circunstancial y el autocuidado como modelación de rol.

Para este estudio, los participantes fueron asignados de manera aleatoria al tratamiento habitual o al tratamiento habitual más un compañero tutor de restablecimiento. Para que fuesen elegibles, los pacientes debían haber tenido dos o más hospitalizaciones durante un periodo de 18 meses antes de la hospitalización actual y tener un antecedente documentado de una enfermedad mental grave. Los datos se recabaron al inicio (durante la hospitalización índice) y de nuevo a los tres y nueve meses después del alta. Los principales desenlaces fueron el número de hospitalizaciones y de días en el hospital durante el periodo de estudio de nueve meses, medidos a través de una combinación de registros médicos, base de datos administrativas y auto-informe.

Utilizamos un análisis por intención de tratar que incluyera un total de 74 participantes. Los análisis estadísticos primarios utilizaron un análisis unifactorial de covarianza para valorar diferencias entre las condiciones en las admisiones de pacientes hospitalizados y el número total de días en el hospital, tanto al final de la participación a los nueve meses como para el control por los grados iniciales previos a los 18 meses. La eta al cuadrado (η^2) parcial sirvió de estimación de la magnitud de efecto entre las condiciones. Para los análisis de la variable primaria, valoramos si las experiencias de reingreso (episodios y días) reflejaban cambios estadísticamente significativos al final del estudio entre las condiciones (tutores de restablecimiento o control) como la variable independiente de entre sujetos. A diferencia de los modelos lineales generalizados, los modelos mixtos lineales —que a menudo se utilizan en la investigación basada en la población— analizan la variación entre los individuos, en los mismos grados estimativos de correlación con otros factores clave, y pueden interpolar valores para números desiguales de mediciones repetidas. Establecimos el criterio de significación en una $p \leq 0,05$ y, en el caso del antecedente de hospitalización, utilizamos una prueba unilateral basada en nuestra hipótesis de que el contar con un tutor de restablecimiento conllevaría menos utilización de la hospitalización.

Hubo hallazgos principales estadísticamente significativos para el número de hospitalizaciones y el número de días de hospitalización y los participantes asignados como tutores de restablecimiento tuvieron significativamente mejores resultados que aquellos sin un tutor de restablecimiento, tanto en el número de episodios de hospitalización ($0,89 \pm 1,35$ frente a $1,53 \pm 1,53$ episodios, $F = 3,07$, $df = 1$, $p < 0,042$, unilateral) como en el número de días de hospitalización ($10,1 \pm 17,31$ días frente a $19,1 \pm 21,6$ días, $F = 3,63$, $df = 1$, $p < 0,03$, unilateral). Además, analizamos una gama de medidas para determinar posibles variables de intervención que pudiesen reflejar los mecanismos terapéuticos del apoyo de compañeros, y estos hallazgos respaldaron la hipótesis general de que la asignación de un tutor de restablecimiento también tenía otros efectos favorables. En congruencia con estudios previos hubo una disminución importante del uso de sustancias por personas que tuvieron tutores de restablecimiento. Sin embargo, nuevos hallazgos, consistieron en una disminución de la depresión e incrementos de esperanza, autocuidado y sensación de bienestar (32), todos dominios importantes de restablecimiento que son compatibles con el modelo de apoyo de compañeros antes descrito (33-35).

En la actualidad, estamos intentando el siguiente paso en esta línea de investigación, llevando a cabo un estudio aleatorizado y comparativo con ajuste en relación con la frecuencia y la intensidad de contacto y que compara la eficacia de los tutores de restablecimiento compañeros con los gestores de caso compañeros, por una parte, y los tutores de restablecimiento no compañeros, por la otra, para tratar de deslindar los elementos más decisivos del apoyo de compañeros (es decir, la tercera de nuestras tres preguntas antes planteadas). Si bien desde luego todavía hay mucho que investigar para comprender tanto la naturaleza como la eficacia del apoyo de compañeros, ya se ha realizado bastante investigación y se está llevando a cabo mucha más en la actualidad, para trasladar este procedimiento central de la era del tratamiento moral del Siglo XVIII al tratamiento habitual basado en la población del Siglo XXI.

EXPERIENCIA

Puesto que la contratación de personal compañero estimula y precisa cambios significativos en la cultura del ámbito de la salud mental tradicional, se ha escrito tanto, sino es que más, acerca de los retos implícitos en la implementación y las estrategias para superar estos retos, que sobre la investigación de resultados. A continuación analizamos tanto las dificultades como las estrategias basándonos en nuestros 20 años de experiencia en contratar, capacitar, desplegar y conservar personal compañero y en la experiencia de otros que han trabajado en este sentido (27,36-44). Comenzamos con las cinco preguntas más frecuentes planteadas por el personal y administradores en el contexto de la salud mental, seguida de breves respuestas a cada una. Luego presentamos una serie de recomendaciones para la implementación.

Inquietudes frecuentes del médico

¿No es el personal compañero demasiado «frágil» para manejar el estrés inherente al trabajo?

No. Los trabajos en los ámbitos de la salud mental son estresantes para todos, no sólo para el personal compañero. En consecuencia, el autocuidado es un aspecto importante de la atención para *todo* el personal psiquiátrico, no sólo para el personal compañero. Sin embargo, es verdad que al personal compañero se le pide que asuma las responsabilidades adicionales de revelar algunas de sus experiencias más personales y utilizar bien estas experiencias para ayudar a otros y también soportar el escrutinio adicional de tener que representar a todos los compañeros (es decir, si no están bien en el trabajo, puede ser un factor que intervenga en si la organización seguirá valorando los servicios del compañero). El manejo de estos procesos es centro importante de supervisión. No obstante, con respecto a la «fragilidad», debiera considerarse que las personas en restablecimiento han mostrado un grado considerable de persistencia y resistencia a la adversidad, por contraposición a la fragilidad, para luchar en contra de la enfermedad. El restablecimiento, después de todo, es difícil, pesado y un trabajo continuado.

Pese a los considerables esfuerzos que el personal compañero ha tenido que poner en juego para superar los aspectos más debilitantes de la enfermedad, muchos administradores siguen preocupándose por las posibles recaídas o desventajas y han analizado diversos indicadores de estabilidad en sus procedimientos de contratación. Estos han asumido varias formas, como la esti-

pulación de por lo menos un año desde la última hospitalización o dos años después del empleo de drogas. Además de carecer de fiabilidad por lo que respecta a su valor previsorio, el instaurar tales requisitos para la contratación constituiría una discriminación bajo la legislación de derechos de discapacidad de muchos países. Mientras la persona pueda realizar las funciones esenciales del trabajo, el considerar sus antecedentes psiquiátricos en lo referente al empleo de criterios arbitrarios de funcionamiento ya no es una práctica aceptable. Este es uno de los cambios importantes que se introdujeron cuando los profesionales de la salud mental cambiaron su perspectiva del individuo con una enfermedad mental para verlo como un empleado y no como paciente.

¿No presenta recaídas el personal compañero?

Todos los empleados, incluso el personal compañero, toman tiempo de descanso a causa de enfermedades. Mucho personal que no es identificado como compañeros toma periodos de descanso a causa de problemas de salud mental. Las mismas expectativas para periodos de enfermedad y adaptaciones para la enfermedad debieran aplicarse a todos los empleados, incluido el personal compañero. Aun cuando afronte adversidades o no se sienta bien, el personal compañero de todas maneras puede fungir como modelos de rol para demostrar la clase de determinación, resistencia a la adversidad y resistencia que exige volver a trabajar después de un periodo difícil. Además, las tensiones del trabajo pueden considerarse menos onerosas en comparación con las tensiones del desempleo involuntario prolongado, la pobreza y el aislamiento.

¿Puede el personal compañero hacer frente a las exigencias administrativas del trabajo?

Si bien algunas personas podrían no haber trabajado durante un periodo prolongado antes de unirse a la fuerza de trabajo de compañeros, y otros podrían haber tenido oportunidades educativas limitadas, mucho personal compañero tiene la misma sino es que más competencia para las tareas administrativas que otros miembros del personal. Para los que se les dificultan estas tareas, se puede demostrar al personal compañero cómo manejar los detalles administrativos de su trabajo y, cuando es necesario, proporcionarles los apoyos que les permitan hacerlo. Tan sólo como un ejemplo, las personas con alteraciones cognitivas o lingüísticas, las estrategias como dictar en una grabadora y el hacer que alguien transcriba sus notas puede ser útil para cumplir con las necesidades de documentación.

¿No causará daño el personal compañero a los pacientes al violar la confidencialidad o decir las cosas «incorrectas»?

Es de esperar que el personal compañero, al igual que todos los demás empleados, se ajuste a las normas y reglamentos en torno a la confidencialidad y la privacidad. La capacitación y la supervisión apoyan esto y el personal compañero representa empleados que tienen la misma responsabilidad que cualquier otro personal para mantener confidencial la información de los pacientes. No hay motivo para creer que esto será más difícil para el personal compañero que para alguien más. De hecho, dada la sensibilidad que el personal compañero tiene con respecto a las cuestiones de privacidad, basada en sus propias experiencias como usuario de servicios, es más probable que resguarden la

confidencialidad de sus pacientes aun más que el personal no compañero. Así mismo, no hay motivo para creer que el personal compañero que ha sido capacitado y es supervisado tenga más probabilidades que otro personal de decir las cosas «incorrectas». Si las cosas «incorrectas» comprenden el tratamiento degradante e irrespetuoso, entonces el personal compañero puede de hecho tener menos probabilidades de incurrir en esta clase de conducta, como en un principio lo atestiguó e hizo notar Pussin.

¿No dificultará más que facilitará el trabajo el personal compañero?

El apoyo de compañeros representa un complemento importante y útil para los servicios de salud mental existentes. El personal compañero puede ser muy eficaz para lograr la participación de las personas en los cuidados y fungir como un puente entre los pacientes y otro personal. Cuando está bien capacitado y es supervisado, el personal compañero puede servir muy bien para reducir la carga que llevan otros médicos, enriquecer las vidas de los usuarios y a la vez permitir a otro personal concentrarse en sus papeles respectivos.

Estrategias eficaces para implementar los servicios de compañeros

Las siguientes son algunas de las estrategias que han resultado eficaces en la introducción de apoyo de compañeros en circunstancias de salud mental habituales:

- Una descripción clara del trabajo y esclarecimiento de las funciones —completamente apoyada por los interesados (que comprenden administradores de programa, supervisores y colaboradores potenciales)— con las capacidades pertinentes y una normatividad clara para valorar las capacidades y el desempeño laboral.
- Involucrar al personal no compañero y a los directivos de la organización, así como personas en etapa de restablecimiento, junto con directivos de la organización en una etapa temprana y durante todo el proceso de crear puestos para compañeros, lo que comprende formular descripciones de trabajo y tomar decisiones para contratación.
- Identificar y evaluar las contribuciones singulares que los compañeros pueden hacer a los programas y circunstancias en las que funcionarán. Por ejemplo, las ventajas óptimas de contratar a compañeros como parte de los equipos de gestión de casos no se harán realidad si el personal compañero sólo está capacitado y se espera que lleve a cabo las tareas tradicionales de coordinación de caso. En otras palabras, es importante que los compañeros tengan trabajos en los cuales pueden utilizar las destrezas que han adquirido a través de sus experiencias vitales y capacitación, en vez de que se les asignen tareas que otro personal simplemente está demasiado ocupado para realizar (como el archivar o proporcionar transporte).
- Comenzar por lo menos con dos miembros del personal compañero en cualquier programa, equipo o unidad de trabajo para facilitar su transición a este nuevo rol y darles la oportunidad de compartir experiencias en el trabajo y brindarles apoyo mutuo entre sí.
- Hacer que un administrador con experiencia asuma el rol de «defensor» del personal compañero que pueda resolver problemas que surjan a un nivel general —por contraposición a

individual— y que mantenga el desarrollo de servicios para compañeros como una prioridad para la organización.

- Proporcionar capacitación al personal compañero que abarque las destrezas y tareas específicas necesarias para sus funciones, como utilizar sus antecedentes de restablecimiento para el beneficio de las personas con las que trabajan, destrezas eficaces para escuchar, crear relaciones positivas, buena identificación y contexto, qué hacer en una situación urgente, requisitos de documentación de la organización y cómo llenarlos, ética y confidencialidad, límite, autocuidado y formas de resolver conflictos en el lugar de trabajo, incluso cómo hablar abiertamente sobre cuestiones de poder y jerarquía dentro de la organización.
- Proporcionar supervisión al personal compañero que se concentre en las destrezas del trabajo, el desempeño y el apoyo más que en el estado clínico de la persona y que establezca expectativas para el personal compañero que sean equivalentes a las expectativas de la organización con respecto a otros empleados.
- Proporcionar capacitación e instrucción al personal no compañero que abarque las leyes pertinentes de discapacidad y discriminación y sus repercusiones para contratar y la provisión de instalaciones aceptables, expectativas del personal compañero, ética, límites, adopción del lenguaje en primera persona y una actitud respetuosa hacia todos los colaboradores, así como formas de resolver conflictos en el entorno de trabajo, lo que comprende cómo hablar abiertamente sobre cuestiones de poder y jerarquía dentro de la organización.
- Divulgación de los casos exitosos que inspire esperanza y persistencia en todas las interesados.

CONCLUSIONES

Como lo señala la lista de estrategias antes mencionadas, la implementación de los servicios de apoyo de compañeros en el ámbito de la salud mental es un trabajo problemático y complicado que trae consigo cambios culturales importantes en estas instituciones. No obstante, el lograr que se hagan realidad tales cambios ha sido una de las fuerzas impulsoras de la divulgación del apoyo por compañeros desde un principio, como vemos en el caso de Pinel y del tratamiento moral. Si bien la necesidad de tal cambio puede ser evidente hoy día —por cuanto las personas con enfermedades mentales graves ya no están en grilletes ni están sujetas a la crueldad continua y abuso en la mayor parte de las sociedades— sigue habiendo una necesidad apremiante para restablecer los derechos humanos básicos de estas personas como ciudadanos plenos de sus sociedades. Las formas de privación y discriminación que se experimentan hoy en día pueden ser diferentes, pero precisan cambios del mismo orden de magnitud que los introducidos a través del tratamiento moral.

La transformación de ser un receptor de servicio a ser un proveedor de servicio representada por el apoyo de compañeros es una manifestación concreta de este orden de magnitud y contribuye a los cambios necesarios en muchas más formas que simplemente mejorar los resultados individuales, según se pone de manifiesto por los estudios de investigación controlada.

Bibliografía

1. Weiner DB. The apprenticeship of Philippe Pinel: a new document, "Observations of Citizen Pussin on the Insane". *Am J Psychiatry* 1979;36:1128-34.

2. Sherman PS, Porter R. Mental health consumers as case management aides. *Hosp Commun Psychiatry* 1991;42:494-8.
3. Department of Health and Human Services. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2003.
4. Pinel P. A treatise on insanity. Sheffield: Todd, 1806.
5. Davidson L, Raakfeldt J, Strauss JS. The roots of the recovery movement in psychiatry: lessons learned. London: Wiley-Blackwell, 2010.
6. Goldstrom I, Campbell J, Rogers J et al. National estimates for mental health mutual support groups, self-help organizations, and consumer-operated services. *Adm Policy Ment Health & Ment Health Serv Res* 2005;33:92-103.
7. Davidson L, Chinman M, Kloos B et al. Peer support among individuals with severe mental illness: a review of the evidence. *Clin Psychol Sci Pract* 1999;6:165-87.
8. Davidson L, Chinman M, Sells D et al. Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. *Schizophr Bull* 2006;32:443-50.
9. Clarke GN, Herincks HA, Kinney RF et al. Psychiatric hospitalizations, arrests, emergency room visits, and homelessness of clients with serious and persistent mental illness: findings from a randomized trial of two ACT programs vs. usual care. *Ment Health Serv Res* 2000;2:155-64.
10. Davidson L, Shahar G, Stayner DA et al. Supported socialization for people with psychiatric disabilities: lessons from a randomized controlled trial. *J Commun Psychol* 2004;32:453-77.
11. O'Donnell M, Parker G, Proberts M et al. A study of client-focused case management and consumer advocacy: the Community and Consumer Service Project. *Aust N Z J Psychiatry* 1999;33:684-93.
12. Solomon P, Draine J. The efficacy of a consumer case management team: two-year outcomes of a randomized trial. *J Ment Health Adm* 1995;22:135-46.
13. Felton CJ, Stastny P, Shern D et al. Consumers as peer specialists on intensive case management teams: impact on client outcomes. *Psychiatr Serv* 1995;46:1037-44.
14. Chinman M, Rosenheck R, Lam J et al. Comparing consumer and non-consumer provided case management services for homeless persons with serious mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2000;188:446-53.
15. Landers GM, Zhou M. An analysis of relationships among peer support, psychiatric hospitalization, and crisis stabilization. *Commun Ment Health* 2011;47:106-12.
16. Sells D, Davidson L, Jewell C et al. The treatment relationship in peer-based and regular case management services for clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2006;57:1179-84.
17. Rowe M, Bellamy C, Baranoski M et al. Reducing alcohol use, drug use, and criminality among persons with severe mental illness: outcomes of a Group- and Peer-Based Intervention. *Psychiatr Serv* 2007;58:955-61.
18. Solomon P, Draine J, Delaney M. The working alliance and consumer case management. *J Ment Health Admin* 1995;22:126-34.
19. Wexler B, Davidson L, Styron T et al. Severe and persistent mental illness. In: Jacobs S, Griffith EEH (eds). 40 years of academic public psychiatry. London: Wiley, 2008:1-20.
20. Davidson L, Stayner DA, Chinman MJ et al. Preventing relapse and readmission in psychosis: using patients' subjective experience in designing clinical interventions. In: Martindale B (ed). Outcome studies in psychological treatments of psychotic conditions. London: Gaskell, 2000:134-56.
21. Davidson L, Tondora JS, Staeheli MR et al. Recovery guides: an emerging model of community-based care for adults with psychiatric disabilities. In: Lightburn A, Sessions P (eds). Community based clinical practice. London: Oxford University Press, 2006:476-501.
22. Salzer M, Shear SL. Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services. *Psychiatr Rehabil J* 2002;25:281-6.
23. Solomon P. Peer support/peer provided services: underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatr Rehabil J* 2004;27:392-401.
24. Solomon P, Draine J. The state of knowledge of the effectiveness of consumer provided services. *Psychiatr Rehabil J* 2001;25: 20-7.
25. Davidson L. Living outside mental illness: qualitative studies of recovery in schizophrenia. New York: New York University Press, 2003.
26. Mead S, Hilton D, Curtis L. Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatr Rehabil J* 2001;25:134-41.
27. Davidson L, Weingarten R, Steiner J et al. Integrating prosumers into clinical settings. In: Mowbray CT, Moxley DP, Jasper CA et al (eds). Consumers as providers in psychiatric rehabilitation. Columbia: International Association for Psychosocial Rehabilitation Services, 1997:437-55.
28. Mowbray CT, Moxley DP, Thrasher S et al. Consumers as community support providers: issues created by role innovation. *Commun Ment Health J* 1996;32:47-67.
29. Sells D, Black R, Davidson L et al. Beyond generic support: incidence and impact of invalidation in peer services for clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2008;59:1322-7.
30. Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW et al. Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatr Serv* 2002;53:1271-84.
31. Tondora J, O'Connell M, Dinzeo T et al. A clinical trial of peer-based culturally responsive person-centered care for psychosis for African Americans and Latinos. *Clinical Trials* 2010;7:368-79.
32. Sledge WH, Lawless M, Sells D et al. Effectiveness of peer support in reducing readmissions among people with multiple psychiatric hospitalizations. *Psychiatr Serv* 2011;62:541-4.
33. Bellack AS. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophr Bull* 2006;32:432-42.
34. Davidson L, O'Connell M, Tondora J et al. Recovery in serious mental illness: a new wine or just a new bottle? *Prof Psychol Res Pr* 2005;36:480-7.
35. Davidson L, Roe D. Recovery from versus recovery in serious mental illness: one strategy for lessening confusion plaguing recovery. *J Ment Health* 2007;16:1-12.
36. Besio SW, Mahler J. Benefits and challenges of using consumer staff in supported housing services. *Hosp Commun Psychiatry* 1993;44:490-1.
37. Carlson LS, Rapp CA, McDiarmid D. Hiring consumer-providers: barriers and alternative solutions. *Commun Ment Health J* 2001;37:199-213.
38. Chinman M, Hamilton A, Butler B et al. Mental health consumer providers: a guide for clinical staff. Santa Monica: Rand Corporation, 2008.
39. Chinman M, Young AS, Hassell J et al. Toward the implementation of mental health consumer provider services. *J Behav Health Serv Res* 2006;33:176-95.
40. Daniels A, Grant E, Filson B et al (eds). Pillars of peer support: transforming mental health systems of care through peer support services. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2010.
41. Gates LB, Akabas H. Developing strategies to integrate peer providers into the staff of mental health agencies. *Adm Policy Ment Health & Ment Health Serv Res* 2007;34:292-306.
42. Hebert M, Rosenheck R, Drebing C et al. Integrating peer support initiatives in a large health care organization. *Psychol Serv* 2008;5:216-27.
43. Simpson EL, House AO. Involving service users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. *BMJ* 2002;325:1265-70.
44. Townsend W, Griffin G. Consumers in the mental health workforce: a handbook for providers. Rockville: National Council for Community Behavioral Health Care, 2006.

Enseñanzas aprendidas en el desarrollo de la atención a la salud mental en la población de Oceanía y el Pacífico Sur

PETER MCGEORGE

Urban Mental Health and Well-being Research Institute, St. Vincent's Hospital, Sydney, Australia

En este artículo se resumen los hallazgos de la Comisión de la WPA sobre Pasos, Obstáculos y Errores a evitar en la Implementación de la Atención a la Salud Mental en la población de la región de Oceanía y el Pacífico. Presentamos un panorama de los servicios de salud mental en las regiones; describimos políticas, planes y programas; registramos el avance hacia el logro de los servicios orientados a la población y detallamos las enseñanzas aprendidas.

Palabras clave: : Atención en la salud mental en la población, Oceanía, Pacífico Sur, servicios de salud mental, enseñanzas aprendidas.

(*World Psychiatry* 2012;11:129-132)

Este estudio es uno de una serie que describe el desarrollo de la atención a la salud mental en la población en regiones de todo el mundo (véase 1-3). En la implementación del Plan de Acción de la WPA para 2008-2011 (4,5), se estableció una Comisión para elaborar una Guía de la WPA sobre Pasos, Obstáculos y Errores a evitar en la Implementación de la Atención a la Salud Mental en la Población. Ya se ha publicado con anterioridad el propósito, los métodos y los hallazgos principales de esta Comisión (6). En este artículo se describen estos aspectos en relación con Oceanía y el Pacífico Sur.

Oceanía comprende Australia y Nueva Zelanda. Si bien estas son regiones en las que ambos países están empobrecidos, en general pueden clasificarse como países con altos ingresos. La población de Australia hasta junio de 2009 era 21.874.000 y la población indígena de aborígenes y habitantes de las Islas Torres Strait representaba 2,5% del total. En junio de 2009 la población de Nueva Zelanda se estimaba en 4,27 millones y la población indígena de los maoríes representaba 15% de la población. Los estados insulares del Pacífico constan principalmente de países con bajos ingresos, ampliamente agrupados dentro de Micronesia, Melanesia y Polinesia. La población está creciendo rápidamente. En la actualidad se estima en 32 millones y Melanesia es el grupo de población más extenso, con casi 7 millones en tanto que Polinesia representa 1,2 millones.

Con base en encuestas epidemiológicas recientes, las tasas de prevalencia de trastornos mentales en las diferentes etapas de la vida es 45% en Australia (7) y 46,6% en Nueva Zelanda (8), con una prevalencia de alrededor de 20% en los dos países en el último año. No hay datos equivalentes disponibles para las naciones del Pacífico.

SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LA REGIÓN

Los servicios de salud mental en Australia y en Nueva Zelanda se han desarrollado a lo largo de líneas similares en términos de modelos de prestación de servicios. Sin embargo, algunas jurisdicciones australianas, como Victoria, tienen más cosas en común con los avances en Nueva Zelanda que otras. Las naciones del Pacífico, en comparación, están en una etapa rudimentaria de desarrollo y apenas están comenzando a establecer los procesos para abordar en forma apropiada las necesidades de sus personas con enfermedades mentales.

Tanto Australia como Nueva Zelanda tienen una mezcla de servicios de salud mental locales y regionales, públicos y privados, a pesar de que el sistema privado en Nueva Zelanda es insignificante en comparación con Australia. Estos servicios proporcionan tratamiento a la salud mental de niños y adolescentes, adultos y ancianos. Si bien persisten lagunas de servicios importantes en algunas zonas y muchos servicios todavía no están integrados en forma adecuada (9), considerando los países como un todo, se ha establecido una mezcla exhaustiva de servicios hospitalarios y basados en la población (tabla 1).

Es importante señalar que tanto en Australia como en Nueva Zelanda y sobre todo en esta última, la mayor parte de los servicios incluidos en la tabla se han diferenciado más por lo que respecta a especialización, proveedores y grupos elegidos como objetivo. Los servicios especializados en la población, respaldados en algunos casos por programas de residentes, se han establecido para brindar atención a personas con trastornos y circunstancias específicos, tales como psiquiatría forense, salud mental materna, apoyo de compañeros, psicosis en etapa temprana, salud mental de poblaciones indígenas (sobre todo en Nueva Zelanda, con el establecimiento de servicios de salud mental maorí y de la Isla del Pacífico), personas sin hogar, trastornos de la conducta alimentaria, adicciones (que fluctúan desde el alcohol y las drogas hasta problemas de juego y adicciones a Internet), trastorno postraumático (que com-

Tabla 1. Gama de servicios de salud mental disponibles en Oceanía y el Pacífico Sur

Servicio	Australia	Nueva Zelanda	Países del Pacífico
Atención primaria a la salud	+	±	+
Clínicas de externos/ambulatorios	+	+	±
Equipos de salud mental de la población	+	+	-
Atención a pacientes internos agudos	+	+	±
Atención a largo plazo a pacientes en residencias de enfermos mentales en la población	+	+	-
Rehabilitación, trabajo, ocupación	+	+	±

+ presente ± variable, - ausente.

prende abuso sexual y violencia familiar), trastornos afectivos y trastornos por ansiedad.

En la actualidad hay una gama de proveedores, de médicos de atención primaria a la salud hasta organizaciones no gubernamentales (ONG) y trabajadores compañeros que brindan servicios que por lo demás han sido del dominio exclusivo de médicos especialistas.

Si bien en muchas zonas rurales se tienen problemas de servicios y de personal similares a los de los países con ingresos bajos y medianos, la mayor parte de las zonas urbanas medianas a grandes cuentan con una amplia gama de profesionales de la salud mental, clínicos y no clínicos empleados en los servicios y que están implementando nuevas clases laborales para emplear a los trabajadores en ellas. El apoyo a las zonas rurales lo suelen proporcionar servicios urbanos más extensos y los médicos que los visitan.

En cambio, como lo señala la tabla 1, los servicios de salud mental en las naciones del Pacífico tienen un importante subdesarrollo. Son proporcionados principalmente a través de clínicas de atención primaria a la salud con sede en alguna aldea o un poblado, vinculados en algunos casos a clínicas regionales u hospitales nacionales. En los países con mayor población, también se dispone de unidades de internos, pero a menudo la atención que proporcionan no se diferencia mucho en términos de trastornos específicos. Es más, algunas unidades de pacientes internos se mantienen sin utilizar debido a inquietudes en torno a la seguridad o a personal insuficiente para atender a los pacientes. Como resultado, algunas personas con enfermedades mentales graves son detenidas bajo custodia por la policía, sin acceso al tratamiento apropiado (10).

En algunos países se cuenta con profesionales clínicos de la salud mental plenamente capacitados pero no se emplean casi en ninguna parte en números suficientes para abordar las necesidades. En cambio, los países del Pacífico se basan en profesionales de la salud con capacitación general (a menudo enfermeras), ONG y otros trabajadores como los curanderos tradicionales, que ayudan a la atención de personas con enfermedades mentales y adicciones. Se dispone de escasos psiquiatras de base permanente, aunque esta situación es mitigada en cierto grado por el empleo de los psiquiatras visitantes de Australia y Nueva Zelanda y en algunos casos de Estados Unidos.

POLÍTICAS, PLANES Y PROGRAMAS

El establecimiento de servicios enfocados en el restablecimiento y orientados a la población es política del gobierno tanto en Australia como en Nueva Zelanda. En cambio, no es posible determinar la política global en los países del Pacífico. El establecimiento de políticas, planificación y programas en estos países esta procedimiento de diversas maneras, Australia y Nueva Zelanda tienen planes de salud mental nacionales. En Australia, cada uno de los estados y territorios tiene sus propios planes, que incorpora elementos del plan nacional y áreas para el desarrollo de servicios pertinentes a su jurisdicción.

Australia estableció su primer plan de salud mental nacional en 1992. Este plan promovía la integración de los servicios de pacientes hospitalizados y de la población en un programa de salud mental cohesivo. El segundo y el tercer plan de salud mental nacional continuaron en esta dirección, pero ampliaron el enfoque de reforma para incluir actividades adicionales, como promoción y prevención, para complementar el desarrollo del sistema de servicio de salud mental especializado (11).

Australia tiene una serie de normas de salud mental nacionales y normas de práctica nacional para la comisión de salud mental. Otros informes clave son las encuestas nacionales de salud mental y bienestar (7).

Nueva Zelanda desarrolló su estrategia nacional de salud mental «Looking Forward» en 1992. Junto con su revisión en 1996 «Moving Forward», constituyó la base del primer plan nacional de salud mental. El segundo plan de salud mental (Te Tahuhu) se aprobó en 2005 (12).

La Comisión para la Salud Mental (establecida en 1996 con el propósito de asegurar la implementación del plan nacional de salud mental y de fungir como una voz independiente para usuarios de servicios y familias) desarrolló un proyecto nacional para la financiación de los servicios de salud mental (13). Con base en un enfoque de restablecimiento, proporcionó un modelo práctico para el desarrollo de servicios. Hasta 2009, el proyecto se ha implementado 80% y se ha visto un incremento de 154% en la financiación de los servicios para la salud mental y las adicciones.

Nueva Zelanda tenía una serie de normas nacionales para la salud mental. Estas se han incorporado ahora en las normas nacionales de salud y discapacidad (14). Otros documentos clave que influyen en el desarrollo de los servicios de salud mental y adicciones son los relativos a la atención primaria a la salud mental, el desarrollo de la fuerza operativa, una estrategia de salud mental maorí (15) y una estrategia nacional de sistemas de información (16).

En los dos países se ofrecen diversos programas que abordan la promoción de salud mental, la antidiscriminación y desestigmatización, la prevención, el tratamiento psiquiátrico, la atención primaria a la salud mental, la integración del restablecimiento y los servicios. Sin embargo, pese a esto todavía existen considerables necesidades insatisfechas en los dos países.

En cambio, si bien en algunos países de las islas del Pacífico se cuenta con políticas de salud o planes (p. ej., las Islas Salomón, Samoa, Papua Nueva Guinea, Guam y Kiribati), pocos han recibido los recursos y la dirección en una forma que garantice su implementación. Sin embargo, esta situación está cambiando con la creación de la Red de Salud Mental de las Islas de Pacífico (PIMHnet), una iniciativa conjunta de la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (WHO) para el Pacífico Occidental y las oficinas centrales de la WHO en Ginebra. PIMHnet en la actualidad cuenta con 18 países integrantes.

Se han logrado avances considerables por los países miembros de la PIMHnet para identificar sus necesidades y recursos de salud mental y para desarrollar planes que permitan abordar tales necesidades. La visión de la PIMHnet es «que las personas de los países de las Islas del Pacífico gocen de las más altas normas de salud mental y bienestar a través del acceso a servicios y atención a la salud mental eficaces, apropiados y de calidad». Su misión es «facilitar y apoyar las actividades cooperadoras y coordinadas en los países miembro y entre ellos que contribuyan a la capacidad nacional y subregional sustentable en relación con la salud mental».

Doce países cuentan ahora con los planes de recursos humanos para la salud mental, concebidos para facilitar el desarrollo de recursos humanos en formas que mejor cumplan con las necesidades de los países individuales. Por otra parte, 14 países cuentan con un borrador final de una política de salud mental. El desarrollo de políticas de salud mental proporciona una base firme para lograr el compromiso del gobierno a la protección de los derechos de las personas con enfermedades mentales y,

cuando es necesario también brinda una estructura para nuevas legislaciones de salud mental o actualizadas.

AVANCES HACIA EL LOGRO DE LOS SERVICIOS ORIENTADOS A LA POBLACIÓN

Se ha dado prioridad a las personas con enfermedades mentales graves en el desarrollo de los servicios de salud mental para la población tanto en Australia como en Nueva Zelanda. Al mismo tiempo, los tratamientos de los trastornos de gran prevalencia están recibiendo cada vez más énfasis a través de iniciativas de atención primaria a la salud mental establecidas en los últimos cinco años. Muchos argumentarían que hay una necesidad de considerablemente más investigación basada en los servicios. Sin embargo, en los dos países hasta la fecha se han llevado a cabo estudios sobre los avances en el desarrollo de servicios orientados a la población; en Australia por el Gobierno Federal (11) y en Nueva Zelanda por la Comisión para la Salud Mental (17). Así mismo, hay una considerable serie de investigaciones, sobre todo en Australia, en que se valoran los programas para las personas con diversos trastornos.

La proporción del expendio en salud mental a nivel estatal y territorial para los servicios basados en la población fue 29% al inicio de la estrategia australiana, en tanto que se incrementó a 51% hacia 2005. En cambio, en Nueva Zelanda, 69% de la financiación para la salud mental se había invertido en servicios basados en la población hacia 2007.

Pese al gran avance que se ha logrado todavía hay problemas importantes, como la dificultad que el público tiene para lograr acceso a servicios (sobre todo en las zonas urbanas y rurales ocupadas) y las perturbaciones de la continuidad de la atención que reciben usuarios de servicios y sus familias (18,19). Esto guarda relación con los problemas crecientes de consumo de alcohol y drogas y su manifestación en la comorbilidad con los trastornos mentales, la falta de recursos asignados a los servicios, la imposibilidad para brindar una capacitación suficiente y adecuadamente coordinada para la gama de personal psiquiátrico disponible ahora en el campo y la atención insuficiente que se da a integrar filosofías y modelos de atención en el sector.

En Australia algunos observadores han dirigido las críticas a las autoridades sanitarias, quienes han dado prioridad creciente a la financiación de la atención basada en los hospitales que se proporciona a través de los servicios de urgencia y a las unidades de hospitalización para tratamiento intensivo agudo y rehabilitación (20). Problemas similares en torno al acceso y la integración se han externado con respecto a los servicios en Nueva Zelanda. Sin embargo, la intención de proceder para el desarrollo de la atención a la población recientemente fue expresada por el gobierno de este último país, a través de planes para modificar el enfoque de algunos servicios de salud mental del segundo nivel hacia el primer nivel de atención.

Es difícil estimar la proporción de servicios de salud mental a la población en los países de las Islas del Pacífico y es dudoso cuán significativo sería en cualquier caso, dadas las dificultades de su estado de desarrollo actual. Las enfermedades mentales todavía no se distinguen claramente como tales y los recursos destinados a ellas son insuficientes en el mejor de los casos. Además, las iniciativas en salud mental no fácilmente atraen el patrocinio de donadores privados o corporativos, sobre todo en vista del compromiso a largo plazo que es necesario.

En Australia y Nueva Zelanda, los servicios basados en la población suelen estar respaldados por servicios de pacientes inter-

nos agudos proporcionados a través de los hospitales generales y privados (estos últimos son muy escasos en Nueva Zelanda). La atención a las personas con trastornos más crónicos es proporcionada principalmente en la población por equipos de salud mental de la población y por las ONG. Así mismo, hay servicios de rehabilitación y forenses para pacientes internos proporcionados a través del sector público en los dos países.

En los últimos dos decenios se ha adoptado cada vez más un enfoque organizado a los trastornos con gran prevalencia, prestándose más atención y financiación a la prestación de servicios a través de la atención primaria a la salud. Los servicios adicionales para el tratamiento de las personas con trastornos leves a moderados están ocurriendo a través de la prestación de programas basados en Internet, financiados principalmente por organismos gubernamentales.

La gama de programas especializados como los de psicosis en etapa inicial, salud mental materna, apoyo por compañeros y servicios para la atención a toxicomanías y alcoholismo en gran parte es proporcionada por organizaciones sociales, lo que comprende servicios de salud mental públicos y privados así como ONG.

En los países del Pacífico, la mayor parte de la atención a la salud mental es proporcionada por médicos y enfermeras con capacitación general. Sin embargo, muchos países del Pacífico no proporcionan capacitación en salud mental y adicción y hay un considerable estigma en torno a las enfermedades mentales (10). Todavía hay un acceso relativamente restringido a la medicación, tanto como resultado de los costos como de los escasos recursos de laboratorio, así como un diagnóstico deficiente.

La PIMHnet ha respaldado la construcción de infraestructuras dentro de países individuales, que pueden disminuir el basarse en medidas externas como los profesionales clínicos visitantes. Esto comprende el restablecimiento de iniciativas de capacitación local para el personal de atención primaria a la salud (lo que implica diseñar o adaptar herramientas de valoración para uso local) y el proporcionar tutoría y servicios de apoyo en los países y entre los mismos, utilizando las herramientas tecnológicas como la salud telemétrica.

En un análisis reciente de la PIMHnet se llegó a la conclusión de que «se ha estado implementando un proyecto muy satisfactorio y las intervenciones hasta ahora se han implementado bien, midiéndose en sus etapas iniciales principalmente en los servicios proporcionados. Los logros son importantes dado el periodo breve durante el que se ha implementado el proyecto y el número de países que ahora se está beneficiando» (21).

ENSEÑANZAS APRENDIDAS

En los países del Pacífico, las dificultades consisten en la educación en torno al reconocimiento de las enfermedades mentales y la modificación de las actitudes a ellas por lo que respecta al tratamiento. Además de esto, hay problemas graves relativos a los recursos y al establecimiento de prioridades de los servicios de salud mental que afectan al establecimiento de políticas y planes para su desarrollo.

Las enseñanzas aprendidas hasta ahora se relacionan con la importancia de:

- Políticas y planes nacionales para abordar las necesidades de los pacientes con enfermedades mentales graves basándose en modelos de atención a la población.

- Esfuerzos educativos para aumentar la comprensión del conocimiento de las enfermedades mentales por las personas de la localidad y qué se puede hacer para ayudar a sus familiares que han presentado enfermedades mentales.
- Oportunidades educativas para los profesionales de la salud general para que obtengan y actualicen sus conocimientos y procedimientos en el reconocimiento y el tratamiento de las enfermedades mentales.
- Posibilitando a los profesionales especialistas en salud mental visitantes para que brinden apoyo con consultas y enlace a los profesionales de la salud con capacitación general.
- Conocimiento y logro de la participación de curanderos tradicionales y familiares.
- Fomento del desarrollo de vías de atención a la salud mental y sistemas de remisión.

Tales iniciativas deben construirse sobre una base de colaboración de «abajo hacia arriba» y para involucrar a las personas de la localidad cuando sea posible. Sólo con estas medidas los países del Pacífico tienen la oportunidad de crear servicios para la salud mental que sean apropiados a sus culturas, sus necesidades y sus aspiraciones. Este enfoque es decisivo para garantizar que se logre la visión de la PIMHnet.

En Australia y Nueva Zelanda, las enseñanzas aprendidas se relacionan con el reconocimiento y el desarrollo de los servicios orientados a la población lo que es un reto a largo plazo y exige:

- Un enfoque creciente sostenido en el curso de decenios para lograr éxito.
- Apoyo político bipartidista en el establecimiento de políticas y compromiso para financiar en grado suficiente la transición.
- Planificación que se acompañe de planes de implementación costeados, con recursos, programados y bien administrados para asignar funciones y roles a organismos e individuos específicos.
- Proceso continuo obligado de consulta transparente.
- Defensores que puedan dirigir, inspirar e impulsar el proceso.
- Participación de usuarios, de servicios, sus familias y otros cuidadores.
- Experiencia y compromiso a los modelos de la atención en colaboración.
- Comprensión de la población y los procesos necesarios para lograr el apoyo de la población.
- Coaliciones de base amplia en las que participen usuarios, familiares, ONG, profesionales clínicos y administradores para que guíen y apoyen los procesos en colaboración implícitos y se aseguren de que las necesidades de usuarios de servicios y familias son primordiales.
- Experiencia económica y supervisión inteligente.
- Protección de los recursos económicos destinados al desarrollo de la salud mental.
- Estrategias innovadoras enfocadas en soluciones, experiencia y calidad y cantidad adecuadas de personal.
- Definición clara de las vías de atención y de la participación de interesados en ellas.
- Enfoque en proporcionar los mejores procedimientos y a la vez contar con la capacidad para controlar el riesgo de incidentes y de otras amenazas a la implementación del proyecto.

Bibliografía

1. Hanlon C, Wondimageon D, Alem A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa. *World Psychiatry* 2010;9: 185-9.
2. Semrau M, Barley EA, Law A et al. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry* 2011;10:217-25.
3. Drake RE, Latimer E. Lessons learned in developing community mental health care in North America. *World Psychiatry* 2012;11:47-51.
4. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008;7:129-30.
5. Maj M. Report on the implementation of the WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2011;10:161-4.
6. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:67-77.
7. Australian Bureau of Statistics. National survey of mental health and wellbeing. Canberra: Australian Bureau of Statistics, 2007.
8. Oakley-Browne MA, Wells JE, Scott KM. Te Rau Hinengaro: the New Zealand mental health survey. Wellington: Ministry of Health of New Zealand, 2006.
9. Australian Institute of Health and Welfare. Mental health services in Australia 2006-07. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2009.
10. Hughes FA, Finlayson MP, Firkin PF et al. Situational analysis of mental health needs and resources in Pacific Island countries. Geneva: World Health Organization, 2005.
11. Department of Health and Aging of Australia. National mental health report 2007: summary of twelve years of reform in Australia's mental health services under the National Mental Health Strategy 1993-2005. Canberra: Commonwealth of Australia, 2007.
12. Ministry of Health of New Zealand. Te Tahuu - Improving mental health 2005-2015. The second New Zealand mental health and addiction plan. Wellington: Ministry of Health of New Zealand, 2005.
13. Mental Health Commission. Blueprint for mental health services in New Zealand. Wellington: Mental Health Commission, 1998.
14. Ministry of Health of New Zealand. Health and disability service standards. Wellington: Ministry of Health of New Zealand, 2008.
15. Ministry of Health of New Zealand. Te Puawaiwhero: the second Maori mental health and addiction national strategic framework 2008-2015. Wellington: Ministry of Health of New Zealand, 2008.
16. Ministry of Health of New Zealand. National mental health information strategy 2005-2010. Wellington: Ministry of Health of New Zealand, 2005.
17. Mental Health Commission. Report on progress 2004/2005. Wellington: New Zealand, 2006.
18. Mental Health Council of Australia. Not for service: experiences of injustice and despair in mental health care in Australia. Canberra: Mental Health Council of Australia, 2005.
19. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B et al. World mental health: problems and priorities in low-income countries. New York: Oxford University Press, 1995.
20. Rosen A, Gurr R, Fanning P. The future of community-centred health services in Australia: lessons from the mental health sector. *Aust Health Rev* 2010;34:106-15.
21. Heywood DA. Review of New Zealand's development assistance to the World Health Organization (WHO) Pacific Islands Mental Health Network (PIMHnet) 2005-2008. Geneva: World Health Organization, 2009.

Las consecuencias del desastre nuclear de 2011 en Fukushima sobre la salud mental: ¿son más vulnerables los nietos de las personas que vivían en Hiroshima y Nagasaki durante el lanzamiento de la bomba atómica?

El 11 de marzo de 2011 Japón sufrió un terremoto de 9,0 Mw de magnitud. Los resultados fueron muy graves, ya que más de 15.000 personas fallecieron por el terremoto y el maremoto subsiguiente (1). La secuela del desastre fue un accidente nuclear de grado 7 en Fukushima, que se equiparó sólo al desastre de Chernobyl (1,2). La bibliografía sobre las reacciones conductuales después de los desastres nucleares es escasa (3-5) y abordan principalmente la ansiedad. En el caso de Japón, el desastre nuclear ha despertado las memorias sobre las bombas atómicas lanzadas en la Segunda Guerra Mundial y por ello podría haber originado temores entre los japoneses basado en la historia (6). Nuestro propósito fue analizar las diferencias entre las personas cuyos abuelos estaban viviendo en el área mayor de Hiroshima y Nagasaki durante el lanzamiento de las bombas atómicas y aquellos cuyos abuelos no vivían allí.

Se obtuvo una muestra de conveniencia de 140 japoneses durante la semana del 24 de abril de 2011. Un entrevistador japonés valoró inicialmente a cada participante para investigar antecedentes de trastornos físicos o mentales y abuso de sustancias. Se excluyó a seis participantes de esta encuesta a causa del antecedente positivo de los trastornos antes mencionados y 12 participantes adicionales tuvieron un número importante de datos faltantes, lo que dio por resultado una muestra final de 122 participantes.

Los participantes (media de edad $28,7 \pm 9,0$ años, 64,2% mujeres 29,1% casados) llenaron un cuestionario breve que reunía datos demográficos y en el que se hacía una pregunta de detección: «¿Estuvieron sus abuelos expuestos a la bomba atómica en Hiroshima y Nagasaki?». Una respuesta «Sí» llevaba a que el entrevistador indagara si los abuelos estaban viviendo en 1945 en el área mayor de Hiroshima y Nagasaki cuando se lanzaron las bombas atómicas. Dividimos la muestra en dos grupos: nietos de personas que estuvieron en el área mayor de Hiroshima y Nagasaki durante la Segunda Guerra Mundial ($n = 34$) y un grupo de comparación ($n = 88$). A cada participante se le administró una batería de cuestionarios autocumplimentados que comprendían preguntas en torno al temor a la exposición a la radiación valoradas en una escala de Likert de 4 que fluctuaba desde 1 (no) a 4 (mucho).

Los síntomas de trastorno por estrés postraumático (TEPT) fueron valorados mediante la Escala de Impacto de Sucesos-Revisada de 22 apartados (IES-R) (7). Esta escala tiene una calificación de 0 (nada) a 4 (extremadamente) y representa la angustia de los participantes durante la semana siguiente al desastre de Fukushima. Esta medida se utilizó antes y resultó apropiada en otros desastres importantes como el terremoto de Haití en 2010 (8). Los nietos de japoneses que vivían en Hiroshima y Nagasaki mostraron más temor a la exposición a

la radiación (media $3,0 \pm 0,9$ frente a $2,7 \pm 0,8$; $t = 2,131$; $p = 0,035$) y mayor grado de síntomas de TEPT (media de $32,8 \pm 21,6$ frente a $23,0 \pm 15,4$; $t = 2,755$; $p = 0,007$). No hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a edad, género sexual, estado conyugal y distancia a Fukushima.

Estos hallazgos pueden indicar la existencia de un subgrupo entre la población japonesa que muestra una vulnerabilidad específica al TEPT y temor a la exposición a la radiación. Aunque el tamaño de la muestra era pequeño y el diseño transversal, este estudio puede ser interesante, pues es la primera vez que ocurre un desastre nuclear en un país con exposición previa.

Este estudio puede fomentar investigaciones longitudinales futuras que se enfoquen en las secuelas psicológicas y psiquiátricas a largo plazo del desastre nuclear (1,3-5).

**Menachem Ben-Ezra¹, Yuval Palgi²,
Yecheil Soffer³, Amit Shrira^{4,5}**

¹School of Social Work, Ariel University Center of Samaria, Ariel; ²Department of Gerontology, Faculty of Social Welfare and Health Sciences, University of Haifa; ³Department of Public Health, Ben-Gurion University of the Negev, BeerSheva; ⁴Department of Psychology, Tel Aviv University; ⁵Israel Gerontological Data Center, Paul Baerwald School of Social Work and Social Welfare, Hebrew University of Jerusalem, Israel

Bibliografía

1. Bromet EG. Lessons learned from radiation disasters. *World Psychiatry* 2011;10:83-4.
2. Weissmann G. Fukushima Daiichi and Icarus: the human factor in a meltdown. *FASEB J* 2011;25:1777-80.
3. Anspaugh LR, Catlin RG, Goldman R. The global impact of the Chernobyl reactor accident. *Science* 1988;242:1513-9.
4. Havenaar JM, Rumyantzeva GM, van den Brink W et al. Long-term mental health effects of the Chernobyl disaster: an epidemiologic survey in two former Soviet regions. *Am J Psychiatry* 1997;154:1605-7.
5. Baum A, Gatchel RJ, Schaeffer MA. Emotional, behavioral, and physiological effects of chronic stress at Three Mile Island. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:565-72.
6. McCartney M. Nuclear panic overshadows Japan's real plight. *BMJ* 2011;342:686.
7. Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale – Revised. In: Wilson JP, Keane TM (eds). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford, 1997:399-411.
8. Ben-Ezra M, Soffer CY. Hospital personnel reactions to Haiti's earthquake: a preliminary matching study. *J Clin Psychiatry* 2010;71:1700-1.

Proporción de delitos atribuibles a trastornos mentales en la población de Países Bajos

La proporción de delitos atribuibles a trastornos mentales en la población (riesgo atribuible a la población, PAR), se estima en 5,2% para los delitos violentos y 15,7% para incendio provocado (1). Sin embargo, sólo una minoría de los delitos cometidos por enfermos mentales acusados es directamente atribuible al trastorno mental subyacente (2). La relación entre el delito y los trastornos mentales se confunde por la posición socioeconómica, el internamiento previo, el abuso de sustancias concomitante y los trastornos de la personalidad (3). Hemos tenido la singular oportunidad de analizar el PAR para los delitos completamente atribuibles a enfermedades mentales, ya que en Países Bajos la responsabilidad por delitos inculcados se valora sistemáticamente antes de juicio a acusados notificados (4). Un trastorno psiquiátrico grave, por lo general de índole psicótica, es una condición necesaria para una sentencia de «no responsable» y absuelve de culpa a una persona. El número total de delitos y acusados entre 2000 y 2006 se obtuvo del Registro Nacional Holandés. El PAR de delitos completamente atribuibles a trastornos mentales se calculó como la fracción de personas consideradas «no responsables» de entre el número total de acusados.

De los 21.130 informes psiquiátricos previos a juicio en los Países Bajos que se hicieron entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2006 (1,5% de total de 1.403.107 acusados), 1.002 acusados se consideraron no responsables, lo que contribuyó a un PAR para todos los delitos de 0,07%. Los PAR para el incendio provocado (0,57%), la violación y otros delitos sexuales (0,24%) y los delitos violentos (0,16%) tuvieron cifras más altas, en tanto que los PAR para robo/asalto (0,02%), delitos relacionados con drogas (0,002%) y fraude/engaño (0,001%) tuvieron cifras más bajas. De los acusados «no responsables», 894 personas (89,2%) tenían un trastorno psicótico, 51 personas (5,1%) tenían un trastorno afectivo, 38 personas (3,8%) tenían un síndrome psicoorgánico y 27 personas (2,7%) tenían un coeficiente intelectual menor de 71. De una manera equivalente a otros estudios, la prevalencia global de los trastornos psicóticos fue 12,5% (2,5).

En conclusión, determinamos que el PAR de delitos directamente atribuibles a trastornos mentales es muy pequeño (0,07%) aunque no nulo. Nuestros hallazgos no coinciden con los PAR descritos con anterioridad de 5,2% para los delitos violentos y 15,7% para el incendio provocado (1), ya que sólo analizamos los delitos completa y directamente atribuibles a las enfermedades mentales. Puesto que existen múltiples factores de confusión de la relación entre delitos y trastornos mentales (2,3), consideramos que es un reflejo más exacto de la proporción de delitos atribuibles a los trastornos mentales.

**David J. Vinkers¹, Edwin de Beurs¹, Marko Barendregt¹,
Thomas Rinne¹, Hans W. Hoek²⁻⁴**

¹Netherlands Institute for Forensic Psychiatry and Psychology, Rotterdam, The Netherlands; ²Parnassia Bavo Psychiatric Institute, The Hague, The Netherlands; ³Groningen University Medical Centre, Department of Psychiatry, Groningen, The Netherlands; ⁴Columbia University, Mailman School of Public Health, Department of Epidemiology, New York, NY, USA

Bibliografía

1. Fazel S, Grann M. The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J Psychiatry* 2006;163:1397-403.
2. Arboleda-Florez J, Holley H, Crisanti A. Understanding causal paths between mental illness and violence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:S38-46.
3. Fazel S, Långström N, Hjern A et al. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA* 2009;301:2016-23.
4. Vinkers DJ, de Beurs E, Barendregt M et al. Pre-trial psychiatric evaluations and ethnicity in the Netherlands. *Int J Law Psychiatry* 2010;33:192-6.
5. Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:494-500.

¿Existen diferencias entre los programas de capacitación en documentos y en la práctica? Perspectivas de residentes europeos

Pese a las directrices de la Unión Europea de Especialidades Médicas (1) y las reformas de los programas de capacitación en documentos, las publicaciones recientes todavía muestran diferencias importantes en contenido y calidad de los programas de capacitación en Europa (2-6). La armonización y la mejora de la capacitación psiquiátrica en Europa es el objetivo más importante de la Federación Europea de Residentes en Psiquiatría (EFPT), una organización no gubernamental que representa asociaciones nacionales de residentes de más de 30 países.

La EFPT llevó a cabo una encuesta entre residentes de psiquiatría europeos para valorar los problemas en la implementación de los programas de residencia en psiquiatría y los mecanismos de control de calidad de la capacitación disponibles en los países europeos. Representantes de 29 países integrantes de la EFPT llenaron un formulario de encuesta para informe del país. Se les pidió que evaluaran las diferencias entre el programa de estudios en psiquiatría según se asienta en documentos y el programa en la práctica en sus respectivos países bajo las calificaciones de importante, existente en cierto grado e inexistente. También se les pidió mediante preguntas abiertas que explicaran cuáles pensaban que eran los motivos de tales discrepancias.

En 13 países (45%), representantes de residentes informaron algunas diferencias entre el programa de estudios de psiquiatría por escrito y el programa en la práctica y en nueve países (31%) se comunicaron diferencias importantes. En sólo siete (24%) países el programa de estudios era compatible con las condiciones de la capacitación en la práctica. Los temas más problemáticos fueron psicoterapia (n = 13), investigación (n = 12) y adicciones (n = 5).

Los residentes expresaron diversas razones para las discrepancias entre el programa de estudios y su implementación. Los motivos que se comunicaron con más frecuencia fueron la falta de tiempo para las actividades de enseñanza (n = 11), la falta de recompensas apropiadas para los residentes (n = 9), la falta de medidas de control de calidad (n = 9) y una escasez general de supervisores (n = 7).

En seis de 29 países (21%) no se llevaban a cabo supervisiones de los programas de capacitación en psiquiatría de ningún tipo. En un país no se contaba con datos. En los 22 países restantes, los principales mecanismos de control de calidad consistían en análisis de las asignaturas mediante cuestionario comisionado, capacitadores/supervisores y condiciones de trabajo. Estos se dirigen a capacitadores, supervisores o tutores (jefes de departamento o directores de hospitales).

Resulta interesante que en los países donde se comunicó que la capacitación era congruente con el programa de estudios, existía supervisión periódica de los programas de capacitación con más frecuencia (seis de siete países, en comparación con sólo ocho de 22 países en los que se comunicaron diferencias importantes entre el programa de estudios en documentos y en la práctica).

Estos resultados son compatibles con los de encuestas previas (2-4), que demuestran que varios problemas todavía influyen en la implementación correcta de los programas de capacitación en la práctica. También resaltan la importancia de establecer mecanismos de control de calidad adecuados para todos los programas nacionales de capacitación como uno de los pasos decisivos para mejorar y armonizar la capacitación psiquiátrica en Europa.

Martina Rojnic Kuzman¹, Domenico Giacco², Meinou Simmons³, Philippe Wuyts⁴, Nikolaus Bausch-Becker⁵, Guillaume Favre⁶, Alexander Nawka⁷

¹Department of Psychiatry, Zagreb University Hospital Centre, Zagreb, Croatia; ²Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy; ³Brookside Family Consultation Clinic, Cambridge, UK; ⁴University Psychiatric Centre KULeuven, Campus Kortenberg, Belgium; ⁵Department of Psychiatry, Justus-Liebig-University, Giessen, Germany; ⁶Child and Adolescent Psychiatry Service, University of Geneva Hospitals, Geneva, Switzerland; ⁷Department of Psychiatry, 1st Faculty of Medicine, Charles University, Prague, Czech Republic

Bibliografía

1. UEMS Section for Psychiatry. Charter on training of medical specialists in the EU: requirements for the specialty of psychiatry. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1997;247(Suppl. 6): S45-7.
2. Lotz-Rambaldi W, Schafer I, ten Doesschate R et al. Specialist training in psychiatry in Europe – Results of the UEMS-survey. *Eur Psychiatry* 2008;23:157-68.
3. Oakley C, Malik A. Psychiatric training in Europe. *Psychiatrist* 2010;34:447-50.
4. Nawka A, Kuzman MR, Giacco D et al. Mental health reforms in Europe: challenges of postgraduate psychiatric training in Europe: a trainee perspective. *Psychiatr Serv* 2010;61:862-4.
5. Strachan JG. Training in Europe in perspective. *Int Psychiatry* 2007;4:33-4.
6. Fiorillo A, Luciano M, Giacco D et al. Training and practice of psychotherapy in Europe: results of a survey. *World Psychiatry* 2011;10:238.

La contribución de la WPA a la preparación del capítulo sobre trastornos mentales en la ICD-11

La WPA está apoyando a la Organización Mundial de la Salud (WHO) en el proceso de elaboración del capítulo sobre trastornos mentales de la 11ª edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD). El ex presidente de la WPA, M. Maj, es miembro del Grupo Internacional de Asesores para la Revisión de la ECD-10 y presidente del Grupo de Trabajo sobre Trastornos Afectivos y por Ansiedad. Varios funcionarios de la WPA o expertos han sido asignados como presidentes o miembros de los Grupos de Trabajo de la ICD-11. Los presidentes son W. Gaebel (Grupo de Trabajo sobre Trastornos Psicóticos), P. Tyrer (Grupo de Trabajo sobre Trastornos de la Personalidad), L. Salvador-Carulla (Grupo de Trabajo sobre Discapacidades Intelectuales), O. Gureje (Grupo de Trabajo sobre Ansiedad Somática y Trastornos Disociativos) y D. Stein (Grupo de Trabajo sobre Trastornos Obsesivo-Compulsivos y Relacionados).

Las Asociaciones Integrantes de la WPA han participado en la Encuesta Global de la WPA/WHO sobre las Actitudes de los Psiquiatras hacia la Clasificación de los Trastornos Mentales (1), cuyos resultados están influyendo considerablemente en el proceso de revisión. Varias asociaciones integrantes y expertos de la WPA están o estarán participando en los estudios de campo de la ICD-11 y en las diversas traducciones y adaptaciones del sistema diagnóstico. La WPA está contribuyendo de manera activa al proceso de armonización entre la ICD-11 y el DSM-5.

World Psychiatry es uno de los principales conductos a través de los cuales los especialistas psiquiátricos internacionales se están manteniendo al tanto del desarrollo de la ICD-11. Se ha publicado en la revista un artículo especial, cuyos autores son el Grupo de Asesoría Internacional de la ICD-11, el que resume la filosofía de todo el proceso (2), así como el primer informe del Grupo de Trabajo sobre Incapacidades Intelectuales (3) y muchos documentos pertinentes a la preparación de la ICD-11 (4-30). Varios artículos producidos por el Grupo de Trabajo sobre Trastornos Afectivos y por Ansiedad se reunirán en un suplemento especial de la revista. Entre los planes está la producción de otros suplementos. Todos los artículos antes mencionados están o estarán disponibles en la página Web de la WPA (www.wpanet.org).

Bibliografía

1. Reed GM, Mendonça Correia J, Esparza P et al. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry* 2011;10:118-31.
2. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 2011;10:86-92.
3. Salvador-Carulla L, Reed GM, Vaez-Azizi LM et al. Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for "mental retardation/intellectual disability" in ICD-11. *World Psychiatry* 2011;10:175-80.
4. Keefe RSE. Should cognitive impairment be included in the diagnostic criteria for schizophrenia? *World Psychiatry* 2008;7:22-8.
5. Krueger RF, Bezdjian S. Enhancing research and treatment of mental disorders with dimensional concepts: toward DSMV and ICD-11. *World Psychiatry* 2009;8:3-6.
6. Ustun B, Kennedy C. What is "functional impairment"? Disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry* 2009;8:82-5.
7. Alarcon RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry* 2009;8:131-9.
8. Angst J, Meyer TD, Adolfsson R et al. Hypomania: a transcultural perspective. *World Psychiatry* 2010;9:41-9.
9. Tyrer P, Mulder R, Crawford M et al. Personality disorder: a new global perspective. *World Psychiatry* 2010;9:56-60.
10. Aboujaoude E. Problematic Internet use: an overview. *World Psychiatry* 2010;9:85-90.
11. Drevets WC. Translating progress in depression research to the clinic: one step at a time on a very long road. *World Psychiatry* 2010;9:162-3.
12. Mann JJ. Clinical pleomorphism of major depression as a challenge to the study of its pathophysiology. *World Psychiatry* 2010; 9:167-8.
13. Casey P, Bailey S. Adjustment disorders: the state of the art. *World Psychiatry* 2011;10:11-8.
14. Owen MJ. Is there a schizophrenia to diagnose? *World Psychiatry* 2011;10:34-5.
15. Kapur S. Looking for a "biological test" to diagnose "schizophrenia": are we chasing red herrings? *World Psychiatry* 2011;10:32.
16. Keshavan MS, Brady R. Biomarkers in schizophrenia: we need to rebuild the Titanic. *World Psychiatry* 2011;10:35-6.
17. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. *World Psychiatry* 2011;10:81-2.
18. Widiger TA. Personality and psychopathology. *World Psychiatry* 2011;10:103-6.
19. Millon T. Further thoughts on the relation of personality and psychopathology. *World Psychiatry* 2011;10:107-8.
20. Links PS. Personality and psychopathology: the dangers of premature closure. *World Psychiatry* 2011;10:109-10.
21. Torgersen S. Personality may be psychopathology, and vice versa. *World Psychiatry* 2011;10:112-3.
22. Strakowski SM, Fleck DE, Maj M. Broadening the diagnosis of bipolar disorder: benefits vs. risks. *World Psychiatry* 2011;10:181-6.
23. Zimmerman M. Broadening the concept of bipolar disorder: what should be done in the face of uncertainty? *World Psychiatry* 2011;10:188-9.
24. Frank E. Bipolar spectrum: has its time come? *World Psychiatry* 2011;10:193-4.
25. Carlson GA. Broadening bipolar disorder – by design or by accident? *World Psychiatry* 2011;10:195-6.
26. Goldberg D. The heterogeneity of "major depression". *World Psychiatry* 2011;10:226-8.
27. Maj M. Bereavement-related depression in the DSM-5 and ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11:1-2.
28. Wakefield JC, First MB. Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? *World Psychiatry* 2012;11:3-10.
29. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry* 2012;11:16-21.
30. Uher R, Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11:80-92.

