

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 10, Número 3



2012

EDITORIAL

De la «locura» a los «problemas de salud mental»:
reflexiones en torno a la evolución del objetivo
de la psiquiatría
M. MAJ 137

ARTÍCULOS ESPECIALES

Acciones para aliviar la repercusión de la crisis
económica en la salud mental
K. WAHLBECK, D. MCDAID 139

Diagnóstico diferencial del trastorno bipolar en
niños y adolescentes
G.A. CARLSON 146

PERSPECTIVA

La investigación de la esquizofrenia en un «plato»:
posibilidades, potenciales y limitaciones
N.J. BRAY, S. KAPUR, J. PRICE 153

FORUM: MODELOS DE RESTABLECIMIENTO DEL CONSUMIDOR: PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS

Problemas y avances en el concepto de
restablecimiento del consumidor
A.S. BELLACK, A. DRAPALSKI 156

Comentarios

Restablecimiento de la esquizofrenia:
la forma sigue al funcionamiento
R.P. LIBERMAN 161

Investigación en torno al restablecimiento:
la evidencia empírica de Inglaterra
M. SLADE 162

El restablecimiento desde la perspectiva del estigma
M.C. ANGERMEYER, G. SCHOMERUS 163

Agenciación: sus características y rol en el
restablecimiento de las enfermedades mentales graves
P.H. LYSAKER, B.L. LEONHARDT 165

Modelos de restablecimiento del consumidor:
¿podrán sobrevivir al operacionalismo?
J. WALLCRAFT 166

Restablecimiento: ¿es posible el consenso?
M. O'HAGAN 167

Las vicisitudes del concepto de restablecimiento; o, el
reto de considerar seriamente la «experiencia subjetiva»
F. CALLARD 168

Percepciones de restablecimiento del consumidor:
una perspectiva de la India
R. THARA 169

Restablecimiento del consumidor: un llamamiento
para la cooperación entre investigadores y consumidores
S. KATONTOKA 170

ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

Un enfoque empírico para la clasificación
y el diagnóstico de los trastornos afectivos
D. WESTEN, J.C. MALONE, J.A. DEFIFE 172

Valoración de la validez diagnóstica de una entrevista
psiquiátrica estructurada en una muestra hospitalaria
de pacientes de primer ingreso
J. NORDGAARD, R. REVSBECH, D. SÆBYE, J. PARNAS 181

POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

Enseñanzas aprendidas en el desarrollo de la atención
a la salud mental en la población del Este y el Sureste
de Asia
H. ITO, Y. SETOYA, Y. SUZUKI 186

Enseñanzas aprendidas en el desarrollo de la atención
a la salud mental de la población en países
latinoamericanos y del Caribe
D. RAZZOUK, G. GREGÓRIO, R. ANTUNES, J. DE JESUS MARI 191

PERSPECTIVAS

Tecnologías móviles en psiquiatría:
nuevas perspectivas de la biología a la cultura
J. SWENDSEN, R. SALAMON 196

Promesas y limitaciones de la telepsiquiatría en la
atención a la salud mental de adultos del ámbito rural
B. GRADY 199

CARTAS AL EDITOR

NOTICIAS DE LA WPA

El nuevo factor de impacto e índice de inmediatez
de *World Psychiatry*
M. LUCIANO 207

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 10, Número 3



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 3, 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 3, 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.

De la «locura» a los «problemas de salud mental»: reflexiones en torno a la evolución del objetivo de la psiquiatría

MARIO MAJ

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

Hubo una época en que el objetivo de la psiquiatría era y claro y ampliamente aceptado. Era la «locura», es decir, algunos patrones de conducta y experiencia que evidentemente trascendían el límite de la normalidad.

En la percepción de parte de la opinión pública, de varios colegas de otras disciplinas de la medicina y paradójicamente de algunos críticos fervientes de los manicomios antiguos, este objetivo tradicional de la psiquiatría se ha mantenido sin cambios: la psiquiatría tiene que ver con las personas que están «locas».

Sin embargo, el propósito efectivo de la psiquiatría se ha modificado considerablemente en los últimos decenios. Se ha convertido en una gama de trastornos mentales (o de «problemas de salud mental», según algunos documentos oficiales de las organizaciones internacionales), lo que comprende varios trastornos que desde luego representan un proceso continuo con lo normal. Por consiguiente, el fijar un límite entre lo que es normal y lo que es patológico, se ha vuelto problemático. Este límite se suele determinar sobre una base pragmática, considerando la «utilidad clínica» (es decir, la previsión del desenlace clínico y la respuesta al tratamiento), aunque este pragmatismo conlleva cierta tautología (de hecho, el precisar que un umbral diagnóstico permita prever la respuesta al tratamiento parece implicar que un problema se convierte en un trastorno mental cuando se dispone de un tratamiento eficaz para el mismo).

En este nuevo escenario, la psiquiatría se ha convertido en el centro de presiones opuestas.

Por un lado, se ha acusado a la psiquiatría de patologizar indebidamente las dificultades de la vida ordinaria a fin de expandir su influencia (p. ej., 1,2). Esta crítica se vuelve más acérrima cuando de buena o mala fe se ignora la evolución antes señalada del objetivo del estudio de la psiquiatría desde la «locura» hasta «los problemas de salud mental»: la patologización de las dificultades ordinarias de la vida se convierte en «volvemos locos» (3). Desde luego, el razonamiento se presenta con más énfasis cuando la «patologización» percibida incorrectamente ocurre en niños o adolescentes, o cuando se considera que es una consecuencia de la alianza entre la psiquiatría y la industria farmacéutica.

Por otra parte, la psiquiatría está experimentando presiones para ir más allá del diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales y ejercer acción para la promoción de la salud mental en la población general (p. ej., 4,5). En este marco de referencia, sobre todo en los países en los cuales los servicios de salud mental de la población están más desarrollados y los psiquiatras dirigen estos servicios, es necesario abordar los «problemas de salud mental» que no son trastornos mentales

propriadamente dichos, como la ansiedad patológica importante que ocurre a consecuencia de un desastre natural o de la crisis económica actual. Por otra parte, se está presionando a los psiquiatras para que diagnostiquen y traten los trastornos mentales pertinentes lo antes posible, lo que significa abordar diversos trastornos que pueden ser «precursores» o «pródromos» de estos trastornos, pero con más frecuencia no lo son, con el riesgo inevitable, de nuevo, de patologizar situaciones que están dentro de la gama de la normalidad.

Los dos artículos especiales que aparecen en este número de la revista (6,7) son pertinentes al debate antes señalado.

De hecho, la crisis económica actual está teniendo una repercusión importante en la salud mental de la población de muchos países, sobre todo donde se dispone de escasa protección social para las personas que pierden su empleo, están endeudadas o son pobres, a consecuencia de la crisis. A menudo se pide a los servicios de salud mental que intervengan, en una situación de incertidumbre y confusión en torno a las funciones y capacidades.

Un par de episodios recientes ocurridos en mi país, Italia, son emblemáticos en este sentido. La primavera pasada, un grupo de viudas de empresarios que habían cometido suicidio, supuestamente como una consecuencia de la ruina económica, se manifestaron en un pueblo de Italia con la consigna «Nuestros esposos no estaban locos». «Era desesperación, no enfermedad mental, lo que orilló a mi esposo a hacer eso», decía uno de ellos (8). Durante el mismo periodo, en otro pueblo italiano, la viuda de un empresario que había cometido suicidio culpó a los profesionales de un servicio de salud mental porque no lo habían hospitalizado obligatoriamente. Habían descubierto que estaba preocupado en torno a sus problemas económicos, pero habían pensado que no tenía ningún trastorno mental. «Estaba deprimido. Debieron haberlo hospitalizado», dijo la viuda (9).

Así que a la psiquiatría se le está culpando, por una parte, de patologizar indebidamente y estigmatizar la ansiedad psicológica comprensible, y por la otra, de no patologizar esa misma ansiedad y no tratarla como si fuera un trastorno mental propriadamente dicho.

Igualmente emblemático es el debate actual sobre «el síndrome de psicosis atenuada» y «el trastorno bipolar juvenil» (el primero propuesto para incluirse en el DSM-V; el segundo nunca incluido en el DSM, pese a presiones considerables). Por un lado, se hace hincapié en la necesidad de diagnosticar y tratar la esquizofrenia y el trastorno bipolar lo más pronto que sea posible, aun antes que se manifieste el cuadro clínico característico, a fin de mejorar el desenlace de esos trastornos; por otro lado, se expresa la inquietud en torno a los riesgos

implícitos en los diagnósticos positivos falsos, sobre todo por lo que respecta al estigma social y la autoestigmatización y el mal uso de medicamentos (p. ej., 10,11).

Esta incertidumbre y confusión probablemente persistan durante varios años. En esta situación, lo que la psiquiatría más parece necesitar es un refinamiento de sus capacidades diagnósticas (sobre todo de diagnóstico diferencial). La descripción detallada de los trastornos mentales apropiados que proporcionan los sistemas diagnósticos actuales puede no ser suficiente, sobre todo para los psiquiatras que trabajan en el ámbito de la población. En primer lugar, es posible que también necesitemos una descripción de respuestas ordinarias a los factores estresantes importantes (tales como el duelo, la ruina económica, la exposición a desastres o guerras, la desorganización de la familia por divorcio o separación) así como las transiciones del ciclo de vida (p. ej., los problemas emocionales del adolescente). La tentativa actual, dentro de la preparación del DSM-V, de describir el duelo «normal» por contraposición a la depresión relacionada con el duelo, como guía para el diagnóstico diferencial, es un primer paso en esta dirección. En segundo lugar, tal vez necesitemos una caracterización de las respuestas más graves a los factores estresantes antes señalados que puedan llegar a la atención de los servicios de salud mental aunque no cumplan los criterios de algún trastorno mental. Es un buen ejemplo la ansiedad psicológica grave y potencialmente letal relacionada con la ruina económica, en la cual la vergüenza y la desesperación son las características más destacadas y a menudo no se cumplen los criterios diagnósticos para la depresión. La delimitación actual de los «trastornos de adaptación» en la ICD-10 y el DSM-IV es demasiado genérica y ambigua para ser útil con fines de diagnóstico diferencial y como guía para el tratamiento.

Desde luego, otros profesionales de la salud mental (y tal vez otros profesionales fuera del campo de la salud) tendrán que colaborar con psiquiatras o incluso asumir la dirección en esas caracterizaciones. Cabe esperar que esto contribuya a la obtención de una serie de conocimientos interdisciplinarios, clínicamente pertinentes en el campo de la salud mental, cuya existencia en la actualidad es cuestionable.

La caracterización de los «problemas de salud mental» antes señalados podría orientar el desarrollo de las intervenciones adecuadas y recursos de la población. Por una parte, de hecho, se corre el riesgo de extender inadecuadamente intervenciones utilizadas para los trastornos mentales propios hacia nuevos trastornos emergentes (p. ej., el uso de antidepresivos para tratar la ansiedad psicológica comprensible relacionada con la ruina económica); por otro lado, se corre el riesgo de reducir la intervención a proporcionar consejos prácticos (que en algunos ámbitos probablemente se ha de encomendar a voluntarios no capacitados) mientras que también se necesita el diagnóstico diferencial y la atención profesional.

Sin embargo, no será suficiente demostrar que se dispone de intervenciones eficaces para estos problemas de salud mental emergentes. También será necesario convencer a la opinión pública de que hay un equilibrio aceptable entre las ventajas que proporcionan estas intervenciones y los riesgos (por lo que respecta a estigma social y autoestigmatización) de cualquier remisión para la atención psiquiátrica (12). Esto exige una verdadera integración de la atención psiquiátrica en la población

(lo que comprende la colaboración activa con profesionales de la atención primaria, servicios sociales e interesados pertinentes) en paralelo con la implantación de intervenciones eficaces. Se suele resaltar uno u otro de estos dos elementos, si bien en realidad los dos son esenciales.

Por último, no se puede ignorar que, justamente como consecuencia de la crisis económica actual, los recursos humanos y económicos de los servicios de salud mental se están reduciendo en grado importante en muchos países. Estos servicios pueden no implementar actividades adicionales en un tiempo en que hay dificultades para llevar a cabo sus habituales. Este razonamiento de hecho se planteó al principio en algunos países recién afectados por desastres, como Sri Lanka e Indonesia. Sin embargo, los profesionales de la salud mental en esos países han podido transformar la urgencia en una oportunidad para convencer a los administradores en torno a la importancia de la atención a la salud mental para la sociedad, de manera que el resultado final ha sido el crecimiento lo mismo que una mejor integración de los servicios de salud mental. Se podría aducir que la crisis económica actual puede representar en varios países una oportunidad análoga para demostrar cuán esencial es la atención psiquiátrica para las poblaciones, y cuán flexibles pueden ser los servicios de salud mental para abordar las necesidades emergentes de esas poblaciones, si se respaldan en forma apropiada.

Bibliografía

1. Horwitz AV, Wakefield JC. The loss of sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. Oxford: Oxford University Press, 2007.
2. Stein R. Revision to the bible of psychiatry, DSM, could introduce new mental disorders. Washington Post, February 10, 2010.
3. Kutchins H, Kirk SA. Making us crazy. DSM: the psychiatric bible and the creation of mental disorders. New York: Free Press, 1997.
4. World Health Organization. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
5. World Health Organization Regional Office for Europe. Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference, 2005. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2005.
6. Wahlbeck K, McDaid D. Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. World Psychiatry 2012;11: 139-45.
7. Carlson GA. Differential diagnosis of bipolar disorder in children and adolescents. World Psychiatry 2012;11:146-52.
8. Alberti F. Le vedove della crisi in corteo: i nostri mariti non erano pazzi. Corriere della Sera, May 5, 2012.
9. Di Costanzo A. Imprenditore suicida, la moglie accusa. La Repubblica, April 26, 2012.
10. Corcoran CM, First MB, Cornblatt B. The psychosis risk syndrome and its proposed inclusion in the DSM-V: a risk-benefit analysis. Schizophr Res 2010;120:16-22.
11. Parens E, Johnston J, Carlson GA. Pediatric mental health care dysfunction disorder? N Engl J Med 2010;362:1853-5.
12. Bolton D. What is mental disorder? An essay in philosophy, science and values. Oxford: Oxford University Press, 2008.

Acciones para aliviar la repercusión de la crisis económica en la salud mental

KRISTIAN WAHLBECK¹, DAVID McDAID²

¹Finnish Association for Mental Health, Maistraatinportti 4 A, FI-00240 Helsinki, Finland; ²LSE Health and Social Care and European Observatory on Health Systems and Policies, London School of Economics and Political Science, London, UK

La crisis económica mundial de la actualidad producirá efectos adversos en la salud mental que pueden aumentar las tasas de suicidio y de muerte relacionadas con el alcohol en los países afectados. En los países con servicios de seguridad social más importantes, las repercusiones de la recesión económica en la salud tal vez sean menos acentuadas. La investigación indica que la repercusión de la crisis económica en la salud mental puede ser compensada con diversas medidas políticas. El objetivo de este estudio es describir de qué manera los países pueden proteger y respaldar la salud mental en épocas de recesión económica. Indica que la salud mental satisfactoria no es algo que pueda lograr el sector salud por sí solo. Los factores determinantes de la salud mental a menudo están fuera del alcance de las tareas del sistema de salud y es necesario que todos los sectores de la sociedad participen en la promoción de la salud mental. Los servicios de atención primaria accesibles y reactivos apoyan a las personas con riesgo y pueden evitar las consecuencias en la salud mental. Cualquier medida de austeridad impuesta a los servicios de salud mental debe dirigirse para respaldar la modernización de la atención a la salud mental que se brinda. Los apoyos al bienestar social y los programas de mercado laboral activos dirigidos a ayudar a las personas a retener o a recuperar sus empleos pueden contrarrestar los efectos de la crisis económica sobre la salud mental. Los programas de apoyo a la familia también contribuyen en grado importante. La tarificación del alcohol y las restricciones de su disponibilidad reducen los daños producidos por el alcohol y salvan vidas. El apoyo para combatir la deuda no controlable también ayuda a reducir la repercusión de la crisis en la salud mental. Si bien la crisis económica actual puede tener un efecto importante en la salud mental y aumentar la mortalidad debida a suicidios y trastornos relacionados con el alcohol, también representa una oportunidad para reformar la atención a la salud mental y promover un estilo de vida mentalmente saludable.

Palabras clave: Salud mental, crisis económica, prevención de suicidio, políticas sociales.

(*World Psychiatry* 2012;11:139-145)

La inestabilidad económica que comenzó en 2007 se ha convertido en una franca crisis económica en muchos países. Es probable que esta crisis tenga una repercusión negativa en la salud, específicamente en la salud mental. Aún no se han puesto de manifiesto todas las consecuencias de la crisis en la salud, pero ya han surgido estudios que indican los efectos negativos sobre la salud mental. Por ejemplo, en Grecia se ha comunicado un incremento en las tentativas de suicidio (1) y en Irlanda se han observado incrementos de las tasas de suicidio tras el inicio de la recesión (2) lo mismo que en Inglaterra (3). Sin embargo, el pronóstico no tiene que ser tan sombrío. Una publicación reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que se puede evitar la relación entre las crisis económicas y muchos desenlaces negativos en la salud mental (4).

Las sociedades pueden ser más o menos resistentes a los factores estresantes, los cuales comprenden tanto las recuperaciones como las crisis económicas. Estas últimas pueden desestabilizar los presupuestos de servicios públicos con múltiples consecuencias, incluidas algunas en educación, bienestar social y sistemas de atención a la salud. Las decisiones políticas pueden influir en los efectos de cualquier recesión económica sobre los desenlaces en materia de salud mental. Las medidas de austeridad no aconsejables en los servicios públicos para niños, familias y personas jóvenes pueden dar por resultado perjuicios para la salud mental (y física) duraderos y costosos y crear un obstáculo para la recuperación económica. Por el contrario, las medidas para asegurar que estén presentes los sistemas de seguridad social y apoyos pueden incrementar la resistencia de las poblaciones a los impactos económicos y mitigar las repercusiones que tienen en la salud mental factores como el temor a la pérdida del trabajo, el desempleo, la pérdida

de la posición social y las consecuencias de las recesiones económicas relacionadas con el estrés (5).

Esto se debe a que la salud mental depende de diversos factores socioeconómicos y ambientales (6). Las altas tasas de trastornos mentales frecuentes y suicidio se relacionan con pobreza, educación deficiente, desventajas materiales, fragmentación social y privación y desempleo (7-9). Las recesiones pueden ampliar las desigualdades de ingresos en las sociedades, lo cual a su vez incrementa el riesgo de una salud mental deficiente (10). A medida que las personas descienden en la escala socioeconómica a causa de la pérdida de trabajos e ingresos, su salud corre el riesgo de ser afectada de manera adversa (11). El número de hogares con alta deuda, la devolución de viviendas y los desahucios tienen el riesgo de aumentar como resultado de la crisis económica. Los factores protectores estarán debilitados y los factores de riesgo se fortalecerán.

RIESGOS PARA LA SALUD MENTAL DURANTE LAS RECESIONES ECONÓMICAS

Una serie de investigaciones importantes señalan que en tiempos de cambios económicos surgen más riesgos para la salud mental. Sabemos que las personas que sufren desempleo y empobrecimiento corren más riesgo de presentar problemas de salud mental, tales como depresión, trastornos por consumo de alcohol y suicidio que sus contrapartes no afectadas (12, 13). Los hombres, en concreto, tienen más riesgo de problemas de salud mental (14) y muerte debida a suicidio (15) o consumo de alcohol (16) durante épocas de adversidad económica.

Hay indicios de que las deudas, las dificultades económicas y los problemas de pago de vivienda conducen a problemas de salud mental (17-19). Cuantas más deudas tengan las personas,

tanto más riesgo tendrán de padecer muchos trastornos mentales comunes (20,21).

Los incrementos de las tasas de desempleo a nivel nacional y regional se relacionan con incrementos de las tasas de suicidio (3,5,22). Las personas con menor formación educativa son las que tienen más riesgo de problemas de salud después de la pérdida de trabajo (23). Los datos combinados señalan la necesidad de que las intervenciones protectoras se dirijan a las personas con desempleo reciente y prolongado, sobre todo los hombres con bajo nivel educativo (23).

Durante las recesiones se ensanchan las desigualdades sociales en la salud (24). Son los pobres —los empobrecidos por la pérdida de ingresos o de vivienda— los que serán afectados más duramente por la crisis económica (23). Es probable que la crisis aumente la exclusión social de grupos vulnerables, los pobres y las personas que viven cerca del umbral de pobreza (25). Los grupos vulnerables comprenden niños, personas jóvenes, familias de madres solteras, desempleados, minorías étnicas, migrantes y personas mayores. Investigaciones realizadas en Corea del Sur comunicaron desigualdades crecientes relacionadas con los ingresos en las tasas de suicidio y depresión durante un periodo de 10 años después de una crisis económica, lo que fortalece la justificación de que la inversión se oriente a respaldar la protección social (26).

Las crisis económicas ponen en riesgo a las familias

Las familias en su conjunto también sienten los efectos de la crisis económica. Las familias pobres son especialmente afectadas por los recortes de los presupuestos en materia de salud y educación. Las tensiones familiares pueden originar aumentos de la violencia familiar y descuido en la atención a los niños. Los niños también pueden encontrarse en la situación de tener que brindar atención y apoyo a otros familiares.

Los fundamentos de una salud mental satisfactoria se establecen durante el embarazo, la lactancia y la infancia (27). La salud mental es favorecida por la crianza adecuada y una preparación integral para la vida en planteles preescolares y escuelas al brindar oportunidades de aprendizaje social y emocional (28). Los recortes al apoyo preescolar y el sistema educativo pueden tener consecuencias de por vida en el bienestar psicológico.

La tensión económica, a través de su influencia en la salud mental de los padres, la interacción conyugal y la paternidad, tiene repercusión en la salud mental de los niños y los adolescentes (29,30). La repercusión de la pobreza extrema en los niños puede comprender deficiencias en el desarrollo cognitivo emocional y físico y las consecuencias en la salud y el bienestar pueden hacer sentir su influencia de por vida (31). Datos de seguimiento de la población a nivel nacional en Finlandia, que sufrió una recesión económica grave a principios de la década de 1990, revelan cifras pesimistas: a los 21 años de edad uno de cada cuatro de los nacidos en 1987 habían cometido un delito y uno de cada cinco había recibido atención psiquiátrica (32).

Los daños relacionados con el alcohol aumentan durante las recesiones

En muchos países el consumo de alcohol se relaciona en forma negativa con la salud mental de la población. Por ejemplo, en Europa Oriental, el consumo de alcohol desempeña un papel considerable en la tasa de suicidio, sobre todo en los hombres (33).

En Rusia, los cambios sociales observados después del colapso de la Unión Soviética en 1991, así como el colapso del rublo en 1998, se acompañaron de incrementos de las muertes relacionadas con el alcohol (34). Así mismo, las altas tasas de desempleo se han vinculado con un incremento del 28% en las muertes por el consumo de alcohol en la Unión Europea (5).

El consumo compulsivo de bebidas alcohólicas y las muertes relacionadas con el alcohol tienden a aumentar en muchos países durante las depresiones económicas (35,36), creando la necesidad de que los gobiernos promuevan acciones para controlar el alcohol.

LOS RIESGOS PARA LA SALUD MENTAL PUEDEN MITIGARSE

Los países con sistemas de seguridad social sólidos afrontan cambios más pequeños en la salud mental de la población por motivo de las depresiones económicas (37). Datos europeos indican que, en países con una buena protección social formal, las irregularidades en la salud no necesariamente aumentan durante una recesión (5). Por ejemplo, en Finlandia y Suecia, durante un periodo de recesión económica profunda y un gran incremento del desempleo, las desigualdades en materia de salud se mantuvieron en términos generales sin cambio y disminuyeron las tasas de suicidio, lo cual posiblemente se debió a que los beneficios y servicios sociales se mantuvieron en términos generales y amortiguaron las presiones estructurales dirigidas a ensanchar las desigualdades en la salud (38-40). Estos hallazgos europeos se reflejan también en datos estadounidenses que vinculan el incremento de las tasas de suicidio con reducciones en el gasto estatal para el bienestar (41).

Las reformas al bienestar social para mantener o fortalecer los sistemas de seguridad y los sistemas de tributación para reducir las desigualdades de ingresos podrían ayudar a proteger la salud mental. Los datos reunidos indican que las respuestas de protección social son cruciales para mitigar una salud mental deficiente en cualquier crisis económica, en tanto que los altos grados de desigualdad de ingresos se relacionan con una salud mental deficiente.

Un enfoque integral a los problemas de salud mental de la crisis económica actual exige intervenciones en varios sectores. Además de las medidas de bienestar social amplias que trascienden los problemas de salud mental, la prestación de los servicios de salud mental en la atención primaria, los programas de mercado laboral activos, los programas de apoyo a la familia y a la paternidad, el control del alcohol, la promoción del capital social y los programas de alivio de la deuda constituyen las piedras angulares de las políticas satisfactorias para evitar los problemas de salud mental en la población. Así mismo, hay una base de datos emergente que respalda la rentabilidad de estas medidas.

Aceleramiento de las reformas en la atención a la salud mental

Muchos países están afrontando presiones de la comunidad económica internacional para reducir el endeudamiento y el gasto público, lo que inevitablemente plantea presiones a sus presupuestos en salud y bienestar. Los dispendios del gobierno en salud están comprimiéndose y descendiendo en términos reales. Datos de los países integrantes de la Organización para la Cooperación

y el Desarrollo Económicos (OECD) indican que el gasto en salud global creció casi 5% por año en términos reales entre 2000 y 2009, pero se acompañó de un crecimiento de 0 en 2010 (42). En Grecia se han observado recientemente recortes importantes en servicios para la salud (43). Pese al incremento de las presiones ejercidas a los servicios de salud mental (44), estos servicios son muy vulnerables a los recortes, ya que por lo general carecen de una fuerte base de defensa que se oponga a ellos, a diferencia de los servicios para la atención a la salud física.

La mejor capacidad de respuesta de los servicios de salud a los cambios en las condiciones sociales, laborales y de ingresos de la población así como el reconocimiento temprano de los problemas de salud mental, ideas suicidas y alcoholismo intenso, ayudarán a reducir las repercusiones de la recesión. Para hacer frente a los retos que la crisis económica plantea a la salud mental no sólo es necesaria la protección del dispendio en servicios de salud mental, sino también reestructurar los servicios para satisfacer las necesidades de la población. Los servicios de salud mental de la población bien establecidos conllevan una reducción de los suicidios (45,46). Un enfoque de atención integrada que se centre en la prestación de servicios de cuidados primarios aumentará el acceso a la atención psiquiátrica y dirigirá la atención a la prevención y la detección temprana de problemas de salud mental. El sistema de atención a la salud mental debe vincularse con elementos de fortalecimiento de la resistencia en la población, para crear una red exhaustiva y accesible. El estigma percibido es un obstáculo para la búsqueda de ayuda (47) y es necesario que los servicios de apoyo tengan una gran aceptabilidad.

Dadas las limitaciones económicas, los gobiernos inevitablemente habrán de revisar sus servicios de bienestar. En muchos países el dispendio en materia de salud mental todavía se concentra en hospitales psiquiátricos. La crisis económica actual puede crear la urgencia y fortalecer la voluntad para eliminar los problemas fundamentales en la prestación de atención a la salud de predominio hospitalario e incrementar el acceso a los servicios en la población. Por consiguiente, el incremento de la eficiencia de los servicios puede ser paralelo al desarrollo de los servicios de salud mental modernos basados en la población. Sin embargo, se necesitan incentivos económicos adecuados para respaldar la prestación de servicios de atención de gran calidad a la población y el empleo óptimo de los recursos existentes. Un reto importante puede ser la necesidad de seguir financiando los servicios intrahospitalarios excesivos y a la vez invertir en otros servicios durante un periodo de transición (48). El vincular el financiamiento con los sistemas de acreditación y las evaluaciones del desempeño del proveedor de cuidados de salud ayuda a apoyar un cambio para dar cada vez más importancia a los cuidados asistenciales sin internación (49).

La cobertura general de los servicios de salud mental es una piedra angular para reducir la repercusión de la crisis y es probable que restrinja las desigualdades sociales en materia de salud (50). La crisis económica actual ofrece un impulso adicional para revisar y desarrollar el financiamiento de los servicios de la salud mental a fin de garantizar el acceso para todos.

Apoyo activo al mercado laboral para las personas sin empleo

Los programas activos en el mercado laboral pueden reducir los efectos de las recesiones en la salud mental. Estos programas se dirigen a mejorar las perspectivas de encontrar un em-

pleo remunerado y comprenden servicios de empleo público, capacitación para el mercado laboral, programas especiales para personas jóvenes en fase de transición de la escuela al trabajo y programas para proporcionar o promover el empleo en personas con discapacidades.

En los países de la Unión Europea, cada 100 dólares estadounidenses per cápita del dispendio en la población para los programas activos de mercado laboral por año redujeron en 0,4% el efecto de un incremento del 1% de la tasa de desempleo sobre los suicidios (5).

Los programas activos de mercado laboral comprenden apoyo psicológico de grupo a las personas sin empleo que fomentan la salud mental y aumentan las tasas de reanudación del empleo (51,52). En las evaluaciones de la rentabilidad de tales intervenciones se han comunicado ahorros para los pagadores de bienestar social y también para los empleadores, a través de un incremento de las tasas de empleo, mayores ingresos y menos cambios de trabajo (53).

Dadas las repercusiones económicas adversas del desempleo en la salud física y mental, es conveniente incorporar estos tipos de servicios en forma sistemática en indemnizaciones por despido proporcionadas por empleadores.

Pueden ser útiles los programas especiales para personas jóvenes en fase de transición escolar-laboral y la capacitación para el restablecimiento del empleo de personas jóvenes que perdieron su empleo. La capacitación de tipo aprendizaje en el contexto educativo regular ofrece muchos beneficios para la salud mental (54).

Programas de apoyo familiar y parental

Los programas de apoyo a la familia comprenden el apoyo para solventar los costes relacionados con la crianza de los niños, así como los gastos relacionados con la licencia de maternidad y paternidad.

En los países de la Unión Europea, cada 100 dólares estadounidenses per cápita de dispendio en los programas de apoyo a la familia redujeron en 0,2% el efecto del desempleo en los suicidios (5). Así mismo, hay una gran cantidad de bibliografía que indica que la inversión en medidas para apoyar el bienestar de los padres y sus niños puede ser un elemento protector de la salud mental, y los beneficios económicos a largo plazo superan los costos a corto plazo (55).

Control de precios y disponibilidad del alcohol

Las políticas más eficaces y rentables comprenden controles sobre el precio y la disponibilidad del alcohol (56). Si bien a veces son difíciles de implementar desde el punto de vista político, las acciones políticas para aumentar el precio del alcohol darán por resultado una reducción del consumo y el daño asociado en toda la población (57). Las políticas en torno al alcohol, y sobre todo las políticas que incrementan el precio del alcohol, reducirán las muertes debidas a trastornos por el consumo de alcohol. Las políticas de control se han de suplementar proporcionando servicios: las personas con alcoholismo intenso se beneficiarán del aporte de intervenciones breves en la atención primaria.

Programas para condonar las deudas

Es necesario tratar de evitar que las personas se endeuden demasiado y de facilitarles el pago de sus abonos y de que

puedan retomar una vida digna y económicamente activa. Esto se ha resaltado como un aspecto clave de la acción para proteger la salud mental en política pública (58). Tales acciones dan por resultado una disminución de la ansiedad así como ventajas socioeconómicas (59). En Suecia, las personas muy endeudadas a las que se les habían condonado las deudas tuvieron mejor salud mental que las que no recibieron tal beneficio (59). Un estudio comparativo de acceso a servicios de control de gestión de la deuda en Inglaterra y en Gales comunicó mejoras en la salud general, la ansiedad y el optimismo (60). El empleo de servicios de asesoría en torno a la deuda también se ha relacionado con una reducción del empleo de servicios de atención a la salud (61).

Es necesario que los programas nacionales fortalezcan la cooperación y mejoren la comunicación entre los servicios de salud y las organizaciones para gestionar las deudas. Los asesores para gestionar las deudas deben capacitarse para remitir los clientes a atención a la salud mental cuando sea necesario (62). Por otra parte, los servicios de salud deben reconocer la repercusión del endeudamiento excesivo en los pacientes y proporcionar enlaces de remisión a las oficinas para asesoría en torno a la deuda (63). El acceso a microcréditos, a través de organizaciones como las uniones de crédito, también es útil (64).

Puede ser necesario buscar las disposiciones de la legislación para quiebra en algunos países y determinar si también podrían reformarse para tratar de proteger la salud mental.

Fortalecimiento del capital social

El capital social puede definirse de maneras diferentes, pero en términos generales cubre los recursos disponibles para los individuos y la sociedad que proporcionan las relaciones o redes sociales. En tiempos de crisis económica, el capital social puede ser un factor de protección importante. Las redes sociales, según las representan los sindicatos de comercios, las congregaciones religiosas y los clubes de deportes, parecen constituir una red de seguridad contra el efecto adverso de los cambios macroeconómicos rápidos (65). La participación en actividades de grupo y los mayores niveles de desamparo percibido en las poblaciones se han relacionado con mejores niveles de salud mental (66). Por el contrario, los grados deficientes de confianza interpersonal entre los individuos se relacionan con un incremento del riesgo de depresión (67).

Cobertura responsable de suicidios por parte de los medios

Las pruebas indican que la notificación muy sensacionalizada de los suicidios, el proporcionar descripciones detalladas de los métodos, puede y da lugar a suicidios «copiados». Por otra parte, la comunicación responsable en torno a los suicidios reduce el suicidio copiado (68,69), sobre todo en adolescentes (70). Las directrices de los medios para comunicar suicidios y la vigilancia de los reportajes de medios estigmatizadores se ha relacionado con una menor estigmatización en la prensa y una reducción de los suicidios (68,70).

En las crisis económicas, el incremento de la cobertura de medios sobre los posibles incrementos de los suicidios puede por tanto tener efectos nocivos y contribuir a un efecto de «bola de nieve». Se necesita una estrecha colaboración entre representantes de medios y expertos en salud mental así como en las directrices para los reportajes de suicidios acordadas en colaboración a fin de evitar los incrementos de los suicidios

relacionados con los medios durante épocas de dificultades económicas.

JUSTIFICACIÓN PARA LA INVERSIÓN EN SALUD MENTAL

Un motivo de la evidente baja prioridad del financiamiento y descuido en materia de salud mental es el alto grado de estigma relacionado con los problemas de salud mental (71). El contrarrestar este estigma y la discriminación sigue siendo una de las dificultades más decisivas para mejorar la salud mental en épocas de crisis económica, pues este estigma puede repercutir en la disponibilidad de las autoridades políticas para invertir en materia de salud mental (72). Las encuestas en el público en algunos países han señalado que la salud mental puede verse como una baja prioridad por lo que respecta a proteger los servicios ante los recortes presupuestarios (73,74).

Si bien las crisis económicas pueden tener repercusiones en la salud mental, los problemas de salud mental tienen una repercusión económica cada vez más importante en los países con ingresos bajos, medianos y altos (75). Por ejemplo, en los estados miembros de la Unión Europea, las consecuencias económicas de los problemas de salud mental —principalmente a través de la pérdida de la productividad— se estiman conservadoramente en un promedio del 3% al 4% del producto nacional bruto (76). En consecuencia, la salud mental es un factor económico importante. El cambio de una sociedad industrializada a una sociedad basada en los conocimientos resalta aun más la importancia de la salud mental para la productividad sostenida. Una salud mental satisfactoria en la población contribuye a la productividad económica y a la prosperidad, por lo que es decisiva para el crecimiento económico (77).

La demostración de que el dispendio en salud mental tiene ventajas económicas ayuda a los gobiernos a justificar nuevas inversiones en salud mental, como en el caso de la estrategia de salud mental en Inglaterra (78). El invertir en acciones de salud mental, tanto dentro como fuera del sector de atención a la salud, proporciona recursos y oportunidades para reducir el riesgo de exclusión social y fomentar la integración social. Sin embargo, pese a la disponibilidad de intervenciones rentables, es notablemente baja la prioridad que la salud mental recibe en muchos sistemas de atención a la salud (79). Esto puede deberse a que muchos de los beneficios económicos ya mencionados corresponden a sectores ajenos al sistema de salud. Es decisivo comunicar a los ministerios de finanzas que la inversión de salud mental puede tener amplios beneficios para el bien público como un todo (80).

TODA CRISIS REPRESENTA UNA OPORTUNIDAD PARA EL CAMBIO

La crisis económica actual plantea la oportunidad de fortalecer las políticas que no sólo mitigarían la repercusión de la recesión en las muertes y lesiones originadas por acciones suicidas y trastornos por uso de alcohol, sino que reducirían la repercusión en la salud global y económica que plantea la alteración de la salud mental y los trastornos por consumo de alcohol en todo ciclo económico. Es importante recordar que el invertir en apoyos para la salud mental también tendrá beneficios por lo que respecta al florecimiento económico así como un refuerzo, cuando inevitablemente habrá una distribución

irregular de las ganancias en bienestar y no toda la población se beneficiará, como se observó durante los años del Tigre Celta en Irlanda (81).

Existen poderosos razonamientos de salud pública y económicos para la cobertura general de la atención psiquiátrica en la población, sistemas de protección social adecuados, programas de mercado laboral activos, apoyo a la familia y a la paternidad, alivio de la deuda y una política eficaz de control del alcohol, los cuales se fortalecen con la recesión económica actual. Los gobiernos debieran valorar la reorientación de los presupuestos para proteger a las poblaciones en el presente y en el futuro mediante asignación de presupuestos para medidas que mantengan el empleo de las personas, ayudando a los que pierden sus trabajos y a sus familias con los efectos negativos del desempleo y posibilitando a las personas sin empleo a recuperar el trabajo con rapidez. Los negocios sujetos a presiones pueden ayudar ofreciendo horas de trabajo reducidas o sabáticos temporales de empleo en vez de hacer despidos. Los gobiernos también podrían considerar el fortalecimiento de sus políticas en torno al alcohol, sobre todo aumentando el precio del alcohol o introduciendo un precio mínimo al alcohol. Tal política tendría una repercusión específica en la reducción del daño ocasionado por los patrones de consumo de alcohol episódicos riesgosos e intensos.

Sin desviar la atención de los riesgos para la salud mental que conlleva la recesión económica mundial actual, es necesario hacer notar que una recesión también contribuye a cambios positivos en el estilo de vida. Menos horas invertidas en el trabajo pueden significar más horas de ocio invertidas con niños, familia y amigos. Menos actividad económica puede contribuir a un ritmo de vida más lento y fortalecer el capital social al proporcionar más oportunidades para la participación cívica y la formación de redes sociales. Islandia tuvo una crisis financiera y económica importante en 2008. Algunos islandeses vieron la crisis como una «bendición disfrazada para un país que había perdido sus valores básicos en aras de la ambición y el narcisismo», ofreciendo la posibilidad de «recuperarse para volverse una sociedad más democrática, humana y justa» (82). De hecho, debido a la conservación del bienestar social básico bien establecido en Islandia aun durante los momentos más álgidos de la crisis, los estudios indican repercusiones incluso positivas con respecto a las conductas referentes a la salud (83).

Las decisiones políticas pueden agravar o fortalecer la salud de la población y es probable que las opciones que favorecen la salud mental de la población también respalden una recuperación económica más rápida. El bienestar de la población, es decir, el capital mental, es una condición preliminar decisiva para el florecimiento de una economía con gran productividad.

El camino para salir de la crisis económica tiene en sus cimientos la salud mental del bienestar de la población. Son cimientos importantes las familias sanas, la solidaridad con los golpeados por la crisis y una atención a la salud mental de la población accesible y equitativa. Los bloques estructurales de la salud mental bien establecidos y cimentados son decisivos para la recuperación de una economía saludable.

Bibliografía

1. Economou M, Madianos M, Theleritis C et al. Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *Lancet* 2011;378:1459.
2. Central Statistics Office, Ireland. Report on vital statistics 2009. Dublin: Stationery Office, 2012.
3. Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A et al. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ* 2012;345:e5142.
4. WHO Regional Office for Europe. Impact of economic crises on mental health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2011.
5. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009;374:315-23.
6. Herrman H, Saxena S, Moodie R. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva: World Health Organization, 2005.
7. Fryers T, Melzer D, Jenkins R et al. The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005;1:14.
8. Laaksonen E, Martikainen P, Lahelma E et al. Socioeconomic circumstances and common mental disorders among Finnish and British public sector employees: evidence from the Helsinki Health Study and the Whitehall II Study. *Int J Epidemiol* 2007;36:776-86.
9. De Vogli R, Gimeno D. Changes in income inequality and suicide rates after "shock therapy": evidence from Eastern Europe. *J Epidemiol Commun Health* 2009;63:956.
10. Pickett K, Wilkinson R. Inequality: an underacknowledged source of mental illness and distress. *Br J Psychiatry* 2010; 197: 426-8.
11. Wilkinson R, Marmot M (eds). Social determinants of health: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2003.
12. Dooley D, Catalano R, Wilson G. Depression and unemployment: panel findings from the Epidemiologic Catchment Area study. *Am J Commun Psychol* 1994;22:745-65.
13. McKee-Ryan F, Song Z, Wanberg CR et al. Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *J Appl Psychol* 2005;90:53-76.
14. Artazcoz L, Benach J, Borrell C et al. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health* 2004;94:82-8.
15. Berk M, Dodd S, Henry M. The effect of macroeconomic variables on suicide. *Psychol Med* 2006;36:181-9.
16. Men T, Brennan P, Boffetta P et al. Russian mortality trends for 1991-2001: analysis by cause and region. *BMJ* 2003;327:964.
17. Lee S, Guo WJ, Tsang A et al. Evidence for the 2008 economic crisis exacerbating depression in Hong Kong. *J Affect Disord* 2010;126:125-33.
18. Taylor MP, Pevalin DJ, Todd J. The psychological costs of unsustainable housing commitments. *Psychol Med* 2007;37:1027-36.
19. Brown S, Taylor K, Price SW. Debt and distress: evaluating the psychological cost of credit. *J Econ Psychol* 2005;26:642-63.
20. Jenkins R, Bhugra D, Bebbington P et al. Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychol Med* 2008;38: 1485-93.
21. Meltzer H, Bebbington P, Brugha T et al. The relationship between personal debt and specific common mental disorders. *Eur J Public Health* (in press).
22. Economou A, Nikolaou A, Theodossiou I. Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union. *J Econ Studies* 2008;35:368-84.

23. Edwards R. Who is hurt by procyclical mortality? *Soc Sci Med* 2008;67:2051-8.
24. Kondo N, Subramanian SV, Kawachi I et al. Economic recession and health inequalities in Japan: analysis with a national sample, 1986-2001. *J Epidemiol Commun Health* 2008;62:869-75.
25. World Health Organization. Financial crisis and global health: report of a high-level consultation. Geneva: World Health Organization, 2009.
26. Hong J, Knapp M, McGuire A. Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behaviour: a 10-year trend following economic crisis. *World Psychiatry* 2011;10:40-4.
27. Werner EE. Journeys from childhood to midlife: risk, resilience, and recovery. *Pediatrics* 2004;114:492.
28. Durlak JA, Wells AM. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. *Am J Commun Psychol* 1997;25:115-52.
29. Solantaus T, Leinonen J, Punamäki RL. Children's mental health in times of economic recession: replication and extension of the family economic stress model in Finland. *Dev Psychol* 2004;40:412-29.
30. Conger RD, Ge X, Elder GH, Jr. et al. Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Dev* 1994;65:541-61.
31. Marmot MG, Bell R. How will the financial crisis affect health? *BMJ* 2009;338:b1314.
32. Paananen R, Gissler M. Cohort Profile: the 1987 Finnish Birth Cohort. *Int J Epidemiol* 2012;41:941-5.
33. Norström T, Ramstedt M. Mortality and population drinking: a review of the literature. *Drug Alcohol Rev* 2005;24:537-47.
34. Zaridze D, Brennan P, Boreham J et al. Alcohol and cause-specific mortality in Russia: a retrospective case-control study of 48,557 adult deaths. *Lancet* 2009;373:2201-14.
35. Dee TS. Alcohol abuse and economic conditions: evidence from repeated cross-sections of individual-level data. *Health Econ* 2001;10:257-70.
36. Johansson E, Böckerman P, Prättälä R et al. Alcohol-related mortality, drinking behavior, and business cycles: are slumps really dry seasons? *Eur J Health Econ* 2006;7:215-20.
37. Uutela A. Economic crisis and mental health. *Curr Opin Psychiatry* 2010;23:127-30.
38. Lahelma E, Kivela K, Roos E et al. Analysing changes of health inequalities in the Nordic welfare states. *Soc Sci Med* 2002;55:609-25.
39. Hintikka J, Saarinen PI, Viinamäki H. Suicide mortality in Finland during an economic cycle, 1985-1995. *Scand J Public Health* 1999;27:85-8.
40. Ostamo A, Lönnqvist J. Attempted suicide rates and trends during a period of severe economic recession in Helsinki, 1989-1997. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:354-60.
41. Zimmerman SL. States' spending for public welfare and their suicide rates, 1960 to 1995: what is the problem? *J Nerv Ment Dis* 2002;190:349-60.
42. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data 2012. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2012.
43. Kentikelenis A, Karanikolos N, Papanicolas I et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011;378:1457-8.
44. Weaver JD. Economic recession and increases in mental health emergencies. *J Ment Health Adm* 1983;10:28-31.
45. Pirkola S, Sund R, Sailas E et al. Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet* 2009;373:147-53.
46. While D, Bickley H, Roscoe A et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet* 2012;379:1005-12.
47. Aromaa E, Tolvanen A, Tuulari J et al. Personal stigma and use of mental health services among people with depression in a general population in Finland. *BMC Psychiatry* 2011;11:52.
48. Thronicroft 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.
49. Knapp M, Beecham J, McDaid D et al. The economic consequences of deinstitutionalisation of mental health services: lessons from a systematic review of European experience. *Health Soc Care Commun* 2011;19:113-25.
50. Lundberg O, Yngwe MA, Stjerne MK et al. The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: an international comparative study. *Lancet* 2008;372:1633-40.
51. Proudfoot J, Guest D, Carson J et al. Effect of cognitive-behavioural training on job-finding among long-term unemployed people. *Lancet* 1997;350:96-100.
52. Vuori J, Silvonen J. The benefits of a preventive job search program on re-employment and mental health at 2-year follow-up. *J Occup Organizational Psychol* 2005;78:43-52.
53. Vinokur AD, Schul Y, Vuori J et al. Two years after a job loss: longterm impact of the JOBS program on reemployment and mental health. *J Occup Health Psychol* 2000;5:32-47.
54. Morrell SL, Taylor RJ, Kerr CB. Unemployment and young people's health. *Med J Aust* 1998;168:236-40.
55. McDaid D, Park A-L. Investing in mental health and well-being: findings from the Data Prev project. *Health Promot Int* 2011;26 (Suppl. 1):i108-39.
56. World Health Organization Regional Office for Europe. Alcohol policy in the WHO European region: current status and the way forward. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
57. Anderson P, Chisholm D, Fuhr D. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet* 2009;373:2234-46.
58. London Debt Strategy Group. Treading water. A report on the work of the London Debt Strategy Group and the changing nature of debt advice in London. London: Greater London Authority, 2011.
59. Enforcement Authority. Everyone wants to pay their fair share: causes and consequences of overindebtedness. Stockholm: Enforcement Authority, 2008.
60. Pleasance P, Balmer N. Changing fortunes: results from a randomized trial of the offer of debt advice in England and Wales. *J Empir Legal Studies* 2007;4:651-73.
61. Williams K, Sansom A. Twelve months later: does advice help? The impact of debt advice – advice agency client study. London: Ministry of Justice, 2007.
62. Wahlbeck K, Awolin M. The impact of economic crises on the risk of depression and suicide: a literature review. In: Supporting Documents for the EU Thematic Conference on Preventing Depression and Suicide. Budapest, December 2009:1-10.
63. Fitch C, Hamilton S, Bassett P et al. Debt and mental health: What do we know? What should we do? London: Royal College of Psychiatrists and Rethink, 2009.

64. Fitch C, Hamilton S, Bassett P et al. The relationship between personal debt and mental health: a systematic review. *Mental Health Rev J* 2011;16:153-66.
65. Stuckler D, King L, McKee M. Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis. *Lancet* 2009;373:399-407.
66. Han S, Lee HS. Individual, household and administrative area levels of social capital and their associations with mental health: a multilevel analysis of cross-sectional evidence. *Int J Soc Psychiatry* (in press).
67. Forsman AK, Nyqvist F, Wahlbeck K. Cognitive components of social capital and mental health status among older adults: a population-based cross-sectional study. *Scand J Publ Health* 2011;39:757-65.
68. Sonneck G, Etzersdorfer E, Nagel-Kuess S. Imitative suicide on the Viennese subway. *Soc Sci Med* 1994;38:453-7.
69. Niederkrotenthaler T, Sonneck G. Assessing the impact of media guidelines for reporting on suicides in Austria: interrupted time-series analysis. *Aust NZ J Psychiatry* 2007;41:419-28.
70. Hawton K, Williams K. The connection between media and suicidal behaviour warrants serious attention. *Crisis* 2001;22:137-40.
71. Jamison KR. The many stigmas of mental illness. *Lancet* 2006;367:533-4.
72. Sharac J, McCrone P, Clement S et al. The economic impact of mental health stigma and discrimination: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2010;19:223-32.
73. Matschinger H, Angermeyer MC. The public's preferences concerning the allocation of financial resources to health care: results from a representative population survey in Germany. *Eur Psychiatry* 2004;19:478-82.
74. Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC. Preferences of the public regarding cutbacks in expenditure for patient care: are there indications of discrimination against those with mental disorders? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:369-77.
75. McDaid D, Knapp M, Raja S. Barriers in the mind: promoting an economic case for mental health in low and middle income countries. *World Psychiatry* 2008;7:79-86.
76. Gabriel P, Liimatainen M-R. *Mental health in the workplace*. Geneva: International Labour Office, 2000.
77. Weehuizen R. *Mental capital. The economic significance of mental health*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht, 2008.
78. Department of Health, UK. *No health without mental health: a cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages. Supporting document – The economic case for improving efficiency and quality in mental health*. London: Department of Health, 2011.
79. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M et al. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 2007;370:878-89.
80. McDaid D, Knapp M. Black-skies planning? Prioritising mental health services in times of austerity. *Br J Psychiatry* 2010;196:423-4.
81. Corcoran P, Arensman E. Suicide and employment status during Ireland's Celtic Tiger economy. *Eur J Publ Health* 2012;21:209-14.
82. Ólafsdóttir H. Current concerns in Icelandic psychiatry; nation in crisis. *Nord J Psychiatry* 2009;63:188-9.
83. Ásgeirsdóttir TL, Corman H, Noonan K et al. *Are recessions good for your health behaviors? Impacts of the economic crisis in Iceland*. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 2012.

Diagnóstico diferencial del trastorno bipolar en niños y adolescentes

GABRIELLE A. CARLSON

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stony Brook University School of Medicine, Putnam Hall-South Campus, Stony Brook, NY 11794-8790, USA

Se describen los problemas que complican el diagnóstico diferencial del trastorno bipolar en personas jóvenes. Ellos comprenden: a) el subtipo de trastorno bipolar que se esté valorando; b) la edad y etapa de desarrollo de la persona; c) el si se tienen puntos de vista más conservadores en torno al trastorno bipolar que precisen episodios claros que delimitan un cambio distintivo de los grados de función prepatológicos, o en forma más liberal, enfocarse por ejemplo en la irritabilidad grave y las descargas explosivas conforme cambia el estado de ánimo; d) quien esté notificando los síntomas maníacos y si los síntomas son pasados y se deben recordar o actuales y más factibles de ser observados; e) repercusión de los antecedentes familiares. El diagnóstico de manía/trastorno bipolar de tipo I puede no resultar claro durante varios años. Este es un trastorno discapacitante, pero también lo son aquellos entre los cuales se debe distinguir. Los antecedentes familiares aumentan las posibilidades de que determinados síntomas/conductas sean manifestaciones del trastorno bipolar pero no establecen el diagnóstico. Hasta que se disponga de biomarcadores que puedan confirmar el diagnóstico y de tratamientos específicos para el trastorno, es prudente establecer un diagnóstico de trastorno bipolar en los niños y adolescentes en forma provisional y mantener una actitud receptiva hacia la probabilidad de que puedan necesitarse modificaciones.

Palabras clave: Trastorno bipolar, manía, irritabilidad, niños, adolescentes.

(*World Psychiatry* 2012;11:146-152)

Existen por lo menos cinco problemas que complican el diagnóstico diferencial del trastorno bipolar en las personas de corta edad: a) el subtipo de trastorno bipolar que se esté valorando (es decir, el diagnóstico diferencial de manía por contraposición al de depresión; el diagnóstico diferencial del trastorno bipolar de tipo I frente al de trastorno bipolar no especificado; b) la edad del niño y la etapa de desarrollo; c) el que se considere un trastorno bipolar desde un punto de vista más conservador, lo que precisa episodios claros que delimiten un cambio distintivo a partir de grados de función prepatológicos, o en forma más liberal, enfocarse por ejemplo en la irritabilidad grave y los accesos explosivos o el cambio del estado de ánimo; d) quién esté comunicando los síntomas maníacos y si los síntomas son pasados y deben recordarse o actuales y es más probable que se observen; e) la utilidad de los antecedentes familiares para establecer un diagnóstico.

Los niños y los adolescentes no necesariamente son buenos para referir sucesos ocurridos o es posible que no comprendan conceptos tan abstractos como la euforia y los pensamientos acelerados. Los progenitores pueden no estar al tanto o pueden malinterpretar el estado interno de su niño. Los niños invierten casi la mitad de su vida de vigilia en la escuela, de manera que si un niño está presentando un estado de ánimo frecuente la mayor parte del día todos los días, un profesor debe poder notar un cambio en la conducta, reconozca o no reconozca los síntomas como maníacos o de otra índole (1).

Este análisis se enfoca principalmente en la manía y distingue a los adolescentes de los niños. Tratamos de abordar los enfoques diagnósticos generales frente a reducidos y analizamos las repercusiones de la varianza del informante en el diagnóstico.

MANÍA EN JÓVENES POSPÚBERES

Jeffrey, que tenía 14 años de edad cuando fue valorado inicialmente, se describía como un adolescente dinámico, motivado, creativo y sociable, quien participaba en múltiples acti-

vidades pero las terminaba satisfactoriamente. Era escrupuloso y respetuoso y tenía muchos intereses. En el transcurso de algunos meses, no obstante, comenzó a presentar problemas de atención, comenzó a utilizar la piscina de los vecinos a las dos de la mañana sin su permiso, trató de llamar al Presidente Bush para aconsejarlo con respecto a invadir Irak, y se volvió malhumorado y rebelde con los padres cuando trataron de obligarlo a que durmiera bien por la noche. Después de este periodo, que duró varias semanas, Jeffrey se confinó a la cama, mostrando fatiga, desinterés en amigos o actividades y casi dejó de comer. Se sentía muy deprimido. La entrevista adicional reveló otros síntomas de manía sin antecedentes previos de depresión. Se solicitó la interconsulta para determinar si era la «adolescencia» o un trastorno psicopatológico. Para complicar la cuestión, había sufrido una lesión craneal al jugar fútbol y, aunque no perdió el conocimiento, había algunas dudas con respecto a si su conducta, que comenzó varias semanas más tarde, estaba relacionada con el traumatismo craneal.

Aunque Jeffrey parece haber presentado un episodio muy característico, hay varios aspectos que necesitan una valoración adicional, a saber:

- ¿Qué tanto de la conducta de Jeffrey comprende una desviación clara de su «temperamento hipertímico»? (2). Una persona hipertímica suele ser alegre y eufórica, expresiva, graciosa, demasiado optimista, desinhibida, despreocupada, dinámica y llena de planes imprudentes, versátil con interés amplios, involucrada e incluso entrometida. Esto ciertamente caracterizaba a Jeffrey. ¿Había cruzado el límite hacia un episodio hipomaniaco o maniaco? El límite habría sido más claro si Jeffrey hubiese sido una persona tranquila, sencilla antes de caer en lo que parecía su alboroto, pero esta alteración y depresión subsiguientes no eran compatibles sólo con el temperamento.
- ¿Era importante la lesión craneal de Jeffrey? Hay estudios de casos en los que se observa la relación entre la lesión

cerebral traumática y la manía (3). Así mismo, hay un trastorno llamado «cambio de la personalidad después de una lesión cerebral traumática» (4), que hace referencia a un estado de desinhibición que se denominaba trastorno afectivo orgánico en versiones previas del DSM.

- ¿Hay algún indicio de que Jeffrey esté abusando de sustancias? Los síntomas afectivos de nueva aparición en los adolescentes justifican dudas en torno al abuso y dependencia de drogas y alcohol (5). Los adolescentes que consumen exceso de marihuana, alcohol u otras drogas, pueden presentar psicosis o síntomas afectivos. Si bien una detección toxicológica positiva ayuda a documentar el consumo de drogas, las detecciones toxicológicas negativas no descartan alguna toxicomanía. Por lo demás, los síntomas de manía pueden continuar durante semanas después que el paciente ya no consume drogas. A menudo es difícil desentrañar si el abuso de drogas ha desencadenado un episodio afectivo que por lo demás no habría ocurrido, ha acelerado su inicio, ha perpetuado un problema afectivo que por lo demás podría haber desaparecido, o bien, es irrelevante (6).

Entre 11% y 27% de los adolescentes hospitalizados por un primer episodio psicótico tienen un diagnóstico de trastorno bipolar 1 al menos al inicio (7). No obstante, a menudo es muy difícil establecer un diagnóstico definitivo en el primer episodio, pues los síntomas pueden confundir o pueden modificarse con el tiempo.

Por ejemplo, Dennis tenía 16 años cuando, durante el curso de tres días, dejó de dormir, sintió que podía controlar el mundo, escribía cartas de que todo tenía un propósito y estaba interconectado, incluida la esvástica alemana, las pirámides y el símbolo de paz. Se mostraba físicamente inquieto y verborreico. Se volvió cada vez más paranoide, sintiendo que su psiquiatra quería lastimarlo. En los próximos seis meses, con tratamiento (antipsicótico y litio) remitieron sus síntomas afectivos pero presentó transmisión de pensamientos y pensamiento referencial, síntomas que nunca remitieron. Diez años más tarde, se le diagnosticó un trastorno esquizoafectivo debido a su trastorno crónico del pensamiento y a síntomas psicóticos que no remitían. Sus medicamentos parecieron atenuar sus síntomas afectivos, pero no sus síntomas negativos.

Si bien casi 70% de las personas con su primer episodio de manía psicótica retuvieron un diagnóstico de trastorno bipolar o probable trastorno bipolar a los 10 años después de su episodio inicial (8), los indicadores de un peor pronóstico y de cambio en el diagnóstico fueron los síntomas schneiderianos al principio y el funcionamiento prepatológico deficiente. Otros precursores de un pronóstico desfavorable fueron la fenomenología depresiva, los trastornos psicopatológicos en la infancia y una menor edad en la primera hospitalización (9).

MANÍA EN LOS NIÑOS

La manía en los niños antes de los 10 años de edad es más debatida que la manía en los adolescentes (10). Al aplicar los criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de trastorno bipolar en los niños se han propuesto varias modificaciones a fin de ajustar el perfil de síntomas de manía a los síntomas más frecuentes en los niños más jóvenes. No se ha resuelto si estos niños crecen para manifestar episodios claros de manía y depresión como Jeffrey (inicio agudo de manía, episodios distintivos,

escasa comorbilidad) frente a pérdida de la regulación persistente del estado de ánimo con depresión —similar a los sujetos del Programa de Intensificación del Tratamiento Sistemático del Trastorno Bipolar (STEP-BD), estudio (11)— frente a algún otro desenlace, incluida la madurez sin episodios adicionales (12).

Un problema insidioso con el diagnóstico de trastorno bipolar de aparición temprana es la interpretación diferente de los criterios. Existe un escaso desacuerdo en los casos característicos de manía, en los que el inicio es claro y pueden ocurrir síntomas maniacos que fácilmente se distinguen de otros trastornos psicopatológicos. Sin embargo, en otros casos menos «característicos» hay un desacuerdo considerablemente mayor (13). La confiabilidad puede lograrse fácilmente dentro de los grupos, pero no garantiza la fiabilidad a través de los grupos.

Según el DSM-IV-TR, se identifica un episodio maniaco como un «periodo distintivo» de síntomas específicos y concomitantes. Lamentablemente, un «periodo distintivo» no se ha operacionalizado de manera uniforme (14). Por consiguiente, los criterios para la manía estarán modificándose en el DSM-5 (véase www.dsm5.org). Como se señaló en la fundamentación para estos cambios, «la cuestión de lo que constituye un episodio ha sido el tema de cierta controversia y confusión, sobre todo en la bibliografía psiquiátrica infantil». Según el punto de vista del grupo de trabajo en trastornos afectivos, la redacción de los criterios de DSM-IV para la manía y la hipomanía puede haber contribuido a la confusión. Por tanto, el cambio propuesto es un esclarecimiento cuyo objetivo sería garantizar que los procedimientos diagnósticos se mantengan uniformes tanto con la intención de las iteraciones previas del DSM como a través de la gama del desarrollo. En consecuencia, se espera que el criterio A establezca: «un periodo distintivo de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable y de actividad o energía anormal y persistentemente acentuada, que dura un mínimo de una semana y que *está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización)*».

Es importante la concepción de los síntomas para describir el diagnóstico diferencial de la manía. Si bien se ha reconocido que los síntomas de depresión son diferentes a un episodio depresivo, o «depresión clínica», poco se ha apreciado que los síntomas maniacos pueden ocurrir fuera de un episodio maniaco. Originalmente resaltados en un estudio de la población en 1988 (15), desde entonces una serie de estudios ha confirmado el hecho de que los síntomas maniacos ocurren con mucha mayor frecuencia que un episodio maniaco, producen alteraciones importantes pero se presentan en muchos trastornos (16,17). Sin el esclarecimiento de un episodio distintivo, un periodo con un inicio y una compensación que sea diferente de la «conducta habitual» de una persona, y sin información con respecto a lo que «es la conducta habitual» en niños pequeños, es muy difícil distinguir la manía de otros trastornos de la infancia en los cuales también ocurre irritabilidad y agitación.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el problema que más a menudo se confunde con manía en los niños (18). Hay una considerable imbricación de síntomas (los dos trastornos tienen una notable tendencia a la distracción, impulsividad, hiperactividad, lenguaje rápido y verborreico) (19). Sin embargo, los niños con síntomas maniacos tienen más que TDAH sin complicación. Invariablemente cumplen los criterios de otros trastornos (comorbilidad) y se consideran con más alteraciones (20,21). Resulta interesante

que al equiparar a los niños con síntomas maníacos y niños con TDAH con trastornos concomitantes similares, desapareciesen las diferencias entre ellos (22,23). La duda diagnóstica se convierte entonces en si los niños con síntomas maníacos tienen trastorno bipolar y TDAH o si tienen TDAH con altos grados de emocionalidad o rebeldía opositora.

La emocionalidad y la rebeldía opositora en el TDAH aparecen en el texto del DSM-III/IV entre los «síntomas asociados». El texto del DSM-IV-TR señala que el componente de emocionalidad comprende escasa tolerancia a la frustración e irritabilidad, arranques de temperamento, labilidad afectiva, disforia y baja autoestima. Estos síntomas claramente reflejan una dimensión afectiva. El componente de emocionalidad forma parte de las dimensiones de inatención e hiperactividad del TDAH. Los síntomas de inatención del TDAH pueden relacionarse principalmente con colapsos del lado de la regulación, en tanto que los síntomas de hiperactividad e impulsividad del TDAH pueden asociarse a colapsos del lado de la emocionalidad (24). Lo que es evidente es que los niños con trastorno bipolar o TDAH y emocionalidad tienen alteraciones más claras en los estudios transversales y longitudinales que los niños con TDAH sin complicaciones (20,25).

El TDAH y el trastorno bipolar a menudo se presentan simultáneamente. El estudio recién publicado Valoración Longitudinal de los Síntomas Maníacos (16) disecciona con mucho detalle la cuestión del TDAH y el trastorno bipolar (20). Los investigadores compararon niños de 6 a 12 años de edad cuyos padres refirieron síntomas maníacos en un instrumento denominado el Inventario General de la Conducta (26) ($n = 621$) con un grupo de calificación más baja ($n = 86$). Del total de 707 niños, una gran parte (59,5%) tuvo TDAH sin un trastorno de la gama bipolar, 6,4% tuvo un trastorno de la gama bipolar sin TDAH, 16,5% tuvieron ambos y 17,5% no tuvo ninguno. Así mismo el trastorno de la gama bipolar se dividió en trastorno bipolar de tipo 1 y trastorno bipolar no especificado (y algunos tenían trastorno bipolar de tipo 2). De un modo similar a estudios previos (1,15), la mayoría de los niños con síntomas maníacos no tuvieron un trastorno de la gama bipolar. De los 162 niños que tenían un trastorno de la gama bipolar, una buena parte (72,2%) tenía TDAH concomitante. Las valoraciones de los progenitores revelaron que esta combinación producía más síntomas que cada uno de los trastornos por sí solo. El diagnóstico se estableció con el Esquema de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia para los Niños (K-SADS-PL, 27) y, aunque los autores no especifican, se presupone que estaba basado en su mayor parte en información de los progenitores, ya que los profesores a menudo no estaban de acuerdo (20). No obstante, se tuvo mucho cuidado en distinguir los síntomas crónicos de los agudos o fluctuantes y es precisamente este enfoque el que se necesita para ayudar a distinguir la manía por TDAH de la presentación concomitante de los dos trastornos.

Aparte de investigar un antecedente que establezca que ha ocurrido un episodio, es necesaria la investigación adicional de síntomas posiblemente superpuestos. Los síntomas que pueden prestarse a confusión entre la manía y el TDAH son:

- La conducta tonta y desinhibida de un niño con TDAH tratando de ser gracioso y que no sabe cuándo detenerse por contraposición a alguien con un ánimo eufórico.
- Impulsividad frente a búsqueda de placer sin tomar en cuenta las consecuencias.

- Resistencia a la hora de acostarse frente a una menor necesidad de sueño.
- Exacerbación de síntomas de TDAH subumbral debido a un incremento de las exigencias al final de la escuela primaria o en la secundaria frente al inicio de un trastorno afectivo.
- Progresión de los síntomas de TDAH para incluir más conducta opositora/explosiva/de trastorno de la conducta en el contexto familiar, escolar o dificultades con los compañeros.
- Lenguaje pragmático, distraído o extraño en niños que tienen trastorno del lenguaje como parte del TDAH o un trastorno de la gama del autismo frente a fuga de ideas/trastorno cognitivo de manía.
- «Alucinaciones» observadas en un niño muy ansioso frente a síntomas de ánimo incongruentes por manía.

Los niños con trastornos de la gama del autismo pueden confundirse con niños que tienen manía debido a sus problemas de regulación adicional (28). Estos niños no sólo tienen hiperactividad e impulsividad, sino que sus dificultades de lenguaje pragmáticas pueden parecer un trastorno cognitivo para los profesionales clínicos que no están al tanto de la diferencia (29). Sin embargo, como en el caso del TDAH, un buen antecedente ayudará a distinguir cuáles síntomas son crónicos y cuáles son manifestaciones de un nuevo trastorno. Resulta interesante que, aunque el autismo y el trastorno bipolar (que comprende un trastorno bipolar episódico más característico) a menudo se han relacionado (30), los niños con un trastorno generalizado del desarrollo conocido casi siempre se descartan en los estudios de investigación formal.

PÉRDIDA DE LA REGULACIÓN AFECTIVA

Lynda, descrita en otra parte (13) tenía 11 años de edad y presentó lo que sus progenitores llamaban «fluctuaciones del estado de ánimo», es decir, frecuentes arrebatos explosivos cuando se sentía frustrada por algo, no importa cuán trivial fuese ello. Tenía un antecedente de TDAH desde la edad preescolar, el cual nunca remitió por completo con fármacos estimulantes. Hacia el quinto año escolar se había vuelto muy irritable, desobediente, grosera con sus progenitores y desdenosa de sus preocupaciones en torno a su bajo rendimiento escolar, con sentimientos de grandiosidad afirmando que no necesitaba educación. Veía sitios pornográficos en la computadora y se acostaba tarde por la noche supuestamente «en línea con amigos». Estaba rezagada académicamente y no era muy aceptada entre sus compañeros. No era explosiva en la escuela, pero resultaban evidentes los síntomas de TDAH. Sus progenitores admitieron los síntomas maníacos durante una entrevista. Ella misma describió disforia, irritabilidad, problemas para concentrarse, baja autoestima e ideas suicidas esporádicas. Además, había considerables disputas en su hogar, aunque no violencia doméstica real. El diagnóstico diferencial en Lynda utilizando los criterios del DSM-IV comprendería TDAH y trastorno por rebeldía opositora emergente y posible trastorno de la conducta, trastorno depresivo mayor, un trastorno de adaptación secundario a la creciente deficiencia social, académica y en el hogar y un episodio de manía mixta.

La pérdida de la regulación afectiva y la labilidad emocional cada vez se reconocen como un componente importante de diversos trastornos (31). El lego, de hecho, utiliza el término

«bipolar» para caracterizar las «fluctuaciones del estado de ánimo», es decir, los cambios bruscos del estado de ánimo que parecen inexplicables para el observador. La referencia es a un cambio a un estado de ánimo negativo, la esencia de la irritabilidad. En las postrimerías de un episodio maniaco, los niños y los adultos a menudo están irritables. Lo que ha resultado debatible es la cuestión de si los niños que se vuelven gravemente explosivos tienen manía o si esta conducta, al igual que la irritabilidad en general, se presenta en todos los trastornos en los cuales la irritabilidad es un síntoma destacado (al igual que la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia, etc.) (32).

TRASTORNOS DEPRESIVOS Y POR ANSIEDAD

La irritabilidad, desde luego, es un síntoma importante no sólo en la manía, sino también en la depresión (tanto en el trastorno depresivo mayor como en la distimia) y los trastornos por ansiedad, lo que comprende trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, trastornos por separación y por ansiedad generalizada). Al igual que con el TDAH, la duda no suele ser un «o» sino un «ambos». La diferenciación entre la manía mixta o los ciclos rápidos y una depresión con agitación suele ser difícil. De hecho, algunos consideran la depresión con agitación como parte de la gama bipolar (33). Los datos de seguimiento longitudinal (34) y de seguimiento retrospectivo (35) indican que una evolución predominantemente depresiva en los niños con trastornos de la gama bipolar es más crónica y resistente al tratamiento que una evolución predominantemente maniaca (9). La duda en el grupo infantil sujeto a seguimiento prospectivo será a cuántos de ellos «se les pasará» sus síntomas maníacos con la edad y se mantendrán deprimidos (36) o incluso remitirán (12). La irritabilidad y la hiperactividad también son síntomas de ansiedad. Los trastornos por ansiedad son un trastorno bipolar concomitante frecuente en adultos y jóvenes. En los adultos, los síntomas de ansiedad disminuyeron la probabilidad de restablecimiento tras un episodio depresivo de trastorno bipolar, un incremento del tiempo transcurrido hasta el restablecimiento y una mayor probabilidad de recaídas (37). En los niños, el trastorno por ansiedad suele preceder al inicio de la manía, en cuyo caso, un episodio maniaco auténtico sería comórbido. Sin un antecedente previo de ansiedad, es muy posible que los síntomas de ansiedad sean parte del episodio maniaco y no verdaderamente comórbidos (38). En los niños y los adolescentes, la ansiedad más a menudo suele asociarse a trastorno bipolar de tipo II. Los que padecen trastorno bipolar II y ansiedad tenían más trastornos depresivos concomitantes, episodios depresivos más prolongados y más graves y un mayor antecedente familiar de depresión que los que no tenían ansiedad concomitante (38).

TRASTORNO PERTURBADOR POR PÉRDIDA DE LA REGULACIÓN AFECTIVA

Para tratar de comprender mejor las similitudes y las diferencias entre la irritabilidad grave crónica y el trastorno bipolar episódico más característico, Leibenluft y el Programa Intramural sobre Trastornos Afectivos del National Institute of Mental Health (NIMH) han definido un trastorno llamado «pérdida de la regulación afectiva grave (SMD)» (32). Este se caracteriza por irritabilidad crónica con arrebatos explosivos frecuentes no mejor diagnosticados como manía, esquizofrenia

o trastorno de la gama de la esquizofrenia, trastorno generalizado del desarrollo, trastorno por estrés postraumático, abuso de sustancias o un trastorno médico o neurológico. En una muestra de 146 niños, el 75% de hecho tenía TDAH concomitante y un trastorno por rebeldía opositora y más de la mitad (58%) tenía por lo menos un trastorno por ansiedad de por vida. Aunque no se han llevado a cabo estudios de seguimiento reales en niños con SMD, los datos extrapolados (39-41) indican que la depresión se presenta en todas estas conductas. Al parecer el Grupo de Trabajo sobre Trastornos Afectivos del DSM-V utilizará los datos recopilados de esta muestra para añadir un trastorno al manual como un trastorno afectivo y el trastorno se denominará trastorno perturbador por pérdida de la regulación afectiva (DMDD) (véase www.dsm5.org).

El DMDD debiera distinguirse fácilmente de la manía debido a la falta de episodios. Además, el trastorno se define como un problema que comienza después de los seis años de edad (para evitar que a los preescolares y los niños temperamentales que gatean se les establezca el diagnóstico) y antes de los 10 años de edad (para indicar que es un trastorno de la infancia). Es crónico (es decir, los síntomas han durado un mínimo de un año) para tratar de mantener a los niños que no estén respondiendo a factores estresantes agudos y que se puedan clasificar como portadores de un trastorno de adaptación con alteraciones de la conducta o afectivas, para evitar que se les establezca el diagnóstico de DMDD. El DMDD, si el diagnóstico se utiliza apropiadamente, es grave y discapacitante (31).

El mayor problema diagnóstico del DMDD será que ocurren irritabilidad y arranques explosivos en muchos trastornos conocidos (42). Los niños que presentan arranques de ira (independientemente de que tengan o no tengan irritabilidad crónica) son llevados a las salas de urgencia, a las unidades psiquiátricas y centros de internación y para educación especial. Precisan un diagnóstico útil que permita la cuantificación, indique una alternativa de tratamiento y haga posible el reembolso de seguro. La designación diagnóstica habitual de los niños con accesos de ira ha sido trastorno por rebeldía opositora y trastorno de la conducta, ninguno de los cuales se consideran reembolsables puesto que se consideran como problemas de «parentales» o «sociales». El no contar con un método válido y útil de codificar los accesos de ira ha dado por resultado un mal uso del diagnóstico de trastorno bipolar y nos ha evitado comprender la gravedad de estos arrebatos (43).

Hay una duda con respecto a si los arranques de ira representan una diferencia de grado o clase con respecto a las rabietas de los niños más pequeños (44,45). Es interesante que su estructura sea similar, pero la duración es más prolongada (por lo menos 20 minutos en vez de 5) y lo que el niño hace durante la rabietas es peor (patalear, golpear, arrojar objetos, escupir) en parte porque un niño o un adolescente de 7 a 17 años es mayor y puede infligir más daño que un preescolar seriamente perturbado. No se dispone de datos que indiquen que estos arranques se modifican con el diagnóstico (es decir, a muchos profesionales clínicos justificadamente les preocupa que este «diagnóstico» se mal utilice como «trastorno bipolar» (43). Esto se podría evitar si se siguen las reglas diagnósticas y si «los arranques explosivos» se utilizaran como una variable modificadora de cualquier trastorno en el cual ocurran, de una manera muy parecida a como se está proponiendo la catatonia para modificar diversos trastornos (p. ej., un diagnóstico de TDAH con arranques explosivos como elemento modificador permitiría identificar el trastorno básico

así como los arranques que son los que están dando lugar a un nivel de tratamiento superior.

VARIANZA DE INFORMANTE

Como mínimo el diagnóstico en psiquiatría infantil y de la adolescencia precisa entrevistar al progenitor/cuidador y al niño/adolescente. En el caso de trastornos de la conducta, como el TDAH, es importante la información que proporcione el profesor. Lamentablemente, es moderado el acuerdo entre los informantes en el mejor de los casos y el acuerdo kappa entre progenitor y niño sobre la manía y los síntomas de depresión en general ha sido de menos de 0,2 cuando se ha notificado. No obstante, Biederman et al (47) descubrieron que tanto los progenitores como el niño notificaban síntomas de manía en 62,7% de los casos con diagnóstico de manía, y Tillman et al (48) demostraron que 49,5% de su muestra estaba de acuerdo con los síntomas maníacos.

Sin embargo, el estudio de Tillman informó que las tasas de acuerdo eran más altas para los síntomas de tipo de TDAH (80%) para el lenguaje rápido, 91,4% para la energía acentuada, 85,9% para la hiperactividad motriz, 75,8% para el estado de ánimo irritable y considerablemente menor para otros síntomas de manía (42,2% para el estado de ánimo exaltado, 32,5% para la grandiosidad, 35,8% para la fuga de ideas, 34,4% para la conducta desinhibida, 16,2% para la menor necesidad de sueño y 21,4% para la psicosis). Por otra parte, por lo que respecta a los síntomas específicos de manía, las aceptaciones por el niño fueron mucho más bajas que las aceptaciones por los progenitores. Es fácil ver por qué podría haber un desacuerdo con respecto a si los niños con ese diagnóstico tienen manía por contraposición a TDAH, ya que el extraer conclusiones sobre el estado interno de un niño se basa únicamente en la interpretación de los progenitores.

El corroborar la conducta maniaca de un niño con otras fuentes diferentes a los padres no ha sido un factor importante de investigación en el trastorno bipolar. Las correlaciones entre los progenitores y los profesores, cuando se han obtenido, son de alrededor de $r = 0,3$ (49). Carlson y Blader (1) comunicaron que, cuando los progenitores y los profesores estaban de acuerdo sobre tasas altas de síntomas maníacos (según se obtenían en la Escala de Valoración de la Manía del Niño (CMRS, 50), la regresión logística indicaba 10 veces más posibilidades de que los niños recibiesen el diagnóstico de trastornos exteriorizantes (TDAH, trastorno por rebeldía opositora, trastorno de la conducta o cualquier combinación de estos). Los niños con trastorno de la gama bipolar también tuvieron más posibilidades de tener valoraciones concomitantes por progenitores y maestros. En cambio, los niños con trastornos interiorizantes (ansiedad y trastornos depresivos) tenían 3,7 veces más posibilidades de tener evaluaciones discordantes de progenitores y maestros en la escala CMRS. En este estudio, no obstante, se estableció el diagnóstico con un procedimiento de la mejor estimación utilizando información de progenitores, niño, profesores y de pruebas más que sólo una entrevista semiestructurada. Se necesita más información para explicar por qué un trastorno que es grave y que dura de días a semanas, es observado por los progenitores y no por los profesores.

ANTECEDENTES FAMILIARES

El trastorno bipolar claramente tiene un componente genético (51). En un metanálisis antiguo (52) se informó que la

descendencia bipolar tiene un riesgo 2,7 veces más alto de presentar un trastorno psiquiátrico y un riesgo cuatro veces más alto de presentar un trastorno afectivo en comparación con la descendencia de progenitores sanos. En estudios recientes se comunican hallazgos similares (53). No obstante, resulta interesante que las tasas de psicopatología general sean mucho más altas que las tasas de trastorno bipolar I. Hillegers et al (54), por ejemplo, demostraron que hacia los 21 años de edad, 3% de una muestra holandesa de alto riesgo tenía trastorno bipolar I, 10% tenía trastorno de la gama bipolar, pero 59% tenía algún trastorno psicopatológico en general. Aunque los niños con alto riesgo y con síntomas afectivos tienen más riesgo que aquellos que no presentan trastorno bipolar durante la edad adulta, también tienen más riesgo de presentar otra gama de trastornos (55).

Muchos estudios sobre alto riesgo comparan la descendencia de progenitores bipolares con las de testigos no psiquiátricos, lo cual subraya las diferencias en el riesgo. Sin embargo, los niños que se presentan clínicamente a menudo tienen familias con toda clase de otros trastornos como TDAH, autismo, discapacidades del aprendizaje, otros trastornos afectivos y esquizofrenia. Hay algún indicio de que la descendencia de progenitores que responden al litio tiene una evolución menos complicada que las de los progenitores que no responden al litio (56), lo cual podría ayudar a tomar decisiones de tratamiento cuando se establece el diagnóstico de trastorno bipolar I. Sin embargo, la existencia del trastorno en los progenitores no establece un diagnóstico en el niño.

Por último, la edad de riesgo para el trastorno bipolar es prolongada. Una muestra danesa basada en la población confinada al estudio de la descendencia de progenitores hospitalizados con trastorno bipolar demostró que las tasas hasta los 53 años de edad para la descendencia de un progenitor con trastorno bipolar eran de 4,4% en comparación con 0,48% en el caso de ningún progenitor con trastorno bipolar. La tasa antes de los 20 años de edad era insignificante (57).

La conclusión a la que se llegó con esta información es que si bien los antecedentes familiares pueden aumentar las posibilidades de trastorno bipolar, no permiten establecer un diagnóstico, sobre todo si no se presentan los otros componentes diagnósticos del trastorno en el niño.

CONCLUSIONES

Aunque la manía y el trastorno bipolar de tipo I a menudo tienen su inicio en la infancia, el diagnóstico puede no resultar claro durante algunos años. Es un trastorno complejo y discapacitante, pero también lo son los trastornos de los cuales debe distinguirse. La psicosis, el abuso de sustancias y la depresión unipolar con agitación plantean los mayores problemas en el diagnóstico diferencial de adolescentes. Los trastornos de la función ejecutiva los representan en los niños. Múltiples informantes aumentan la precisión diagnóstica, aunque se debe distinguir las diferencias en los informes de informantes entre progenitores, niños y profesores. Un antecedente familiar positivo puede aumentar las probabilidades de que determinados síntomas o conductas sean manifestaciones de trastorno bipolar, pero no establecen el diagnóstico. Así mismo, los niños complejos a menudo provienen de familias complejas.

Hasta que se disponga de biomarcadores que puedan confirmar el diagnóstico, y de tratamientos que sean específicos del

trastorno, es prudente establecer un diagnóstico de trastorno bipolar en niños en forma provisional y mantenerse receptivos a la probabilidad de que pueden ser necesarias las modificaciones (58). El afirmar que un niño indudablemente tiene un trastorno de por vida precisa más datos que los que tenemos.

Bibliografía

- Carlson GA, Blader JC. Diagnostic implications of informant disagreement for manic symptoms; *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2011;21:399-405.
- Akiskal HS, Khani MK, Scott-Strauss A. Cyclothymic temperamental disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1979;2:527-54.
- Jorge RE, Robinson RG, Starkstein SE et al. Secondary mania following traumatic brain injury. *Am J Psychiatry* 1993;150:916-21.
- Max JE, Robertson BA, Lansing AE. The phenomenology of personality change due to traumatic brain injury in children and adolescents. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2001;13:161-70.
- Wilens TE, Biederman J, Millstein RB et al. Risk for substance use disorders in youths with child- and adolescent-onset bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:680-5.
- Carlson GA, Bromet EJ, Lavelle J. Medication treatment in adolescents vs. adults with psychotic mania. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1999;9:221-31.
- Carlson GA, Naz B, Bromet EJ. Phenomenology and assessment of adolescent-onset psychosis: observations from a first admission psychosis project. In: Findling RL, Schultz SC (eds). *Juvenile onset schizophrenia*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2005:1-38.
- Bromet EJ, Kotov R, Fochtmann LJ et al. Diagnostic shifts during the decade following first admission for psychosis. *Am J Psychiatry* 2011;168:1186-94.
- Carlson GA, Kotov R, Chang SW et al. Early determinants of four-year clinical outcomes in bipolar disorder with psychosis. *Bipolar Disord* 2012;14:19-30.
- Carlson GA, Jensen PS, Findling RL et al. Methodological issues and controversies in clinical trials with child and adolescent patients with bipolar disorder: report of a consensus conference. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2003;13:13-27.
- Nierenberg AA. Lessons from STEP-BD for the treatment of bipolar depression. *Depress Anxiety* 2009;26:106-9.
- Cicero DC, Epler AJ, Sher KJ. Are there developmentally limited forms of bipolar disorder? *J Abnorm Psychol* 2009;118:431-47.
- Dubicka G, Carlson GA, Vail A et al. Prepubertal mania: diagnostic differences between US and UK clinicians. *Eur J Child Adolesc Psychiatry* 2007;17:153-61.
- Carlson GA. Broadening bipolar disorder – by design or by accident? *World Psychiatry* 2011;10:195-6.
- Carlson GA, Kashani JH. Manic symptoms in non-psychiatrically referred adolescents. *J Affect Disord* 1988;15:219-26.
- Stringaris A, Stahl D, Santosh P et al. Dimensions and latent classes of episodic mania-like symptoms in youth: an empirical enquiry. *J Abnorm Child Psychol* 2011;39:925-37.
- Findling RL, Youngstrom EA, Fristad MA et al. Characteristics of children with elevated symptoms of mania: the Longitudinal Assessment of Manic Symptoms (LAMS) study. *J Clin Psychiatry* 2010;71:1664-72.
- Galanter CA, Leibenluft E. Frontiers between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2008;17:325-46.
- Milberger S, Biederman J, Faraone SV et al. Attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disorders: issues of overlapping symptoms. *Am J Psychiatry* 1995;152:1793-9.
- Arnold LE, Demeter C, Mount K et al. Pediatric bipolar spectrum disorder and ADHD: comparison and comorbidity in the LAMS clinical sample. *Bipolar Disord* 2011;13:509-21.
- Carlson GA. Bipolar disorder and attention deficit disorder – comorbidity or confusion. *J Affect Disord* 1988;51:177-89.
- Carlson GA, Loney J, Salisbury H et al. Young referred boys with DICA-P manic symptoms vs. two comparison groups. *J Affect Disord* 1998;51:113-21.
- Serrano E, Ezpeleta L, Castro-Fornieles J. Comorbidity and phenomenology of bipolar disorder in children with ADHD. *J Atten Disord* (in press).
- Martel MM. A new perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder: emotion dysregulation and trait models. *J Child Psychol Psychiatry* 2009;50:1042-51.
- Barkley RA, Fischer M. The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49:503-13.
- Youngstrom EA, Frazier TW, Demeter C et al. Developing a 10-item mania scale from the Parent General Behavior Inventory for children and adolescents. *J Clin Psychiatry* 2008;69:831-9.
- Kaufman J, Birmaher B, Brent D et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:980-8.
- Towbin KE, Pradella A, Gorrindo T et al. Autism spectrum traits in children with mood and anxiety disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2005;15:452-64.
- Carlson GA, Meyer SE. Diagnosis of bipolar disorder across the lifespan: complexities and developmental issues. *Dev Psychopathol* 2006;18:939-69.
- DeLong GR, Dwyer JT. Correlation of family history with specific autistic subgroups: Asperger's syndrome and bipolar affective disease. *J Autism Dev Disord* 1988;18:593-600.
- Stringaris A, Goodman R. Mood lability and psychopathology in youth. *Psychol Med* 2009;39:1237-45.
- Leibenluft E. Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *Am J Psychiatry* 2011;168:129-42.
- Benazzi F, Koukopoulos A, Akiskal HS. Toward a validation of a new definition of agitated depression as a bipolar mixed state (mixed depression). *Eur Psychiatry* 2004;19:85-90.
- Birmaher B, Axelson D, Goldstein B et al. Four-year longitudinal course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders: the Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) study. *Am J Psychiatry* 2009;166:795-804.
- Post RM, Leverich GS, Kupka RW et al. Early-onset bipolar disorder and treatment delay are risk factors for poor outcome in adulthood. *J Clin Psychiatry* 2010;71:864-72.
- Lewinsohn PM, Seeley JR, Buckley ME et al. Bipolar disorder in adolescence and young adulthood. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2002;11:461-75.
- Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR et al. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry* 2004;161:2222-9.
- Sala R, Axelson DA, Castro-Fornieles J et al. Comorbid anxiety in children and adolescents with bipolar spectrum disorders:

- prevalence and clinical correlates. *J Clin Psychiatry* 2010;71:1344-50.
39. Stringaris A, Zavos H, Leibenluft E et al. Adolescent irritability: phenotypic associations and genetic links with depressed mood. *Am J Psychiatry* 2012;169:47-54.
 40. Stringaris A, Cohen P, Pine DS et al. Adult outcomes of youth irritability: a 20-year prospective community-based study. *Am J Psychiatry* 2009;166:1048-54.
 41. Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA et al. Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biol Psychiatry* 2006;60:991-7.
 42. Margulies DM, Weintraub S, Basile J et al. Will disruptive mood dysregulation disorder reduce false diagnosis of bipolar disorder in children? *Bipolar Disord* 2012;14:488-96.
 43. Parens E, Johnston J, Carlson GA. Pediatric mental health care dysfunction disorder? *N Engl J Med* 2010;362:1853-5.
 44. Mick E, Spencer T, Wozniak J et al. Heterogeneity of irritability in attention-deficit/hyperactivity disorder subjects with and without mood disorders. *Biol Psychiatry* 2005;58:576-82.
 45. Potegal M, Carlson GA, Margulies D et al. Rages or temper tantrums? The behavioral organization, temporal characteristics, and clinical significance of anger/distress episodes in child psychiatry inpatients. *Child Psychiatry Hum Dev* 2009;40:621-36.
 46. Carlson GA, Potegal M, Margulies D et al. Rages: What are they? Who has them? *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2009;19:281-8.
 47. Biederman J, Petty CR, Wilens TE et al. Examination of concordance between maternal and youth reports in the diagnosis of pediatric bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2009;11:298-306.
 48. Tillman R, Geller B, Craney JL et al. Relationship of parent and child informants to prevalence of mania symptoms in children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Am J Psychiatry* 2004;161:1278-84.
 49. Youngstrom EA, Findling RL, Calabrese JR. Effects of adolescent manic symptoms on agreement between youth, parent, and teacher ratings of behavior problems. *J Affect Disord* 2004;82(Suppl. 1):S5-16.
 50. Pavuluri MN, Henry DB, Devineni B et al. Child Mania Rating Scale: development, reliability, and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:550-60.
 51. McGuffin P, Rijsdijk F, Andrew M et al. The heritability of bipolar affective disorder and the genetic relationship to unipolar depression. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:497-502.
 52. Lapalme M, Hodgins S, LaRoche C. Children of parents with bipolar disorder: a meta-analysis of risk for mental disorders. *Can J Psychiatry* 1997;42:623-31.
 53. Duffy A. The early natural history of bipolar disorder: complementary findings from longitudinal high-risk studies. Presented at the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Annual Meeting, October 2011, Toronto.
 54. Hillegers MH, Reichart CG, Wals M et al. Five-year prospective outcome of psychopathology in the adolescent offspring of bipolar parents. *Bipolar Disord* 2005;7:344-50.
 55. Meyer SE, Carlson GA, Youngstrom E et al. Long-term outcomes of youth who manifested the CBCL-Pediatric Bipolar Disorder phenotype during childhood and/or adolescence. *J Affect Disord* 2009;113:227-35.
 56. Grof P, Duffy A, Alda M et al. Lithium response across generations. *Acta Psychiatr Scand* 2009;120:378-85.
 57. Gottesman II, Laursen TM, Bertelsen A et al. Severe mental disorders in offspring with 2 psychiatrically ill parents. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:252-7.
 58. Carlson GA. Diagnostic stability and bipolar disorder in youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50:1202-4.

La investigación de la esquizofrenia en un «plato»: posibilidades, potenciales y limitaciones

NICHOLAS J. BRAY¹, SHITIJ KAPUR², JACK PRICE¹

¹Department of Neuroscience y ²Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, King's College London, London, UK

Los trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia son de los padecimientos más humanos y la idea que pudiesen estudiarse en un plato de cultivo celular podría ser contraria al sentido común. Sin embargo, los avances en genética y en biología de células precursoras están situando los enfoques *in vitro* en el escenario central para mejorar nuestra comprensión biológica de estas enfermedades.

Los estudios de asociación de todo el genoma y las detecciones de variantes genéticas infrecuentes ahora están implicando una gama de genes novedosos en la susceptibilidad a la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Al mismo tiempo, los avances en la biología de células precursoras están brindando células nerviosas humanas en un plato, lo que permite estudiar con bastante veracidad los fenómenos moleculares, del desarrollo y fisiopatológicos.

En este artículo analizamos las técnicas de cultivo celular humano actuales y nos preguntamos cuán lejos podrían ir para avanzar nuestra comprensión y tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos.

LINAJES DE CÉLULAS NEURALES HUMANAS INMORTALIZADAS

Algunas poblaciones neurales pueden obtenerse directamente de sujetos humanos vivientes y desarrollarse como cultivos «primarios». Sin embargo, las consideraciones éticas y prácticas por lo general limitan el empleo de tejido cerebral humano primario como una fuente de células neurales para la investigación. Los linajes de células neurales que se han immortalizado a través de la pérdida de genes supresores de tumores o la inducción de oncogenes constituyen una alternativa normalizada y potencialmente ilimitada.

Las principales aplicaciones de tales linajes celulares para la investigación psiquiátrica son como modelos para explorar los mecanismos intracelulares de la acción farmacológica e investigar las funciones moleculares y celulares de genes de susceptibilidad identificados. Esta investigación puede llevar no sólo a refinamientos de los tratamientos farmacológicos actuales, sino también a la identificación de dianas terapéuticas nuevas.

Linajes de células neurales derivadas de tumores

Los investigadores por muchos años han utilizado las neoplasias malignas humanas como una fuente de linajes celulares que se expandirán fácilmente en cultivo y varias líneas derivadas de tumores establecidos tienen características neurales. En la actualidad, el linaje de células neurales humanas que más suele utilizarse es el linaje SH-SY5Y, que originalmente se derivó de un neuroblastoma metastatizante. Este

linaje tiene propiedades neuronales, tales como crecimiento fuera de la neurita, síntesis de neurotransmisores y expresión de receptor.

El linaje SH-SY5Y se ha utilizado ampliamente para estudiar mecanismos intracelulares de la acción de fármacos anti-depresivos y antipsicóticos (p. ej., 1). Dado que expresan en forma endógena proteínas neurales, las células SH-SY5Y también son útiles para investigar los mecanismos de los genes de susceptibilidad y la funcionalidad de las variantes de secuencia de ADN que muestran relación con los trastornos psiquiátricos. Por ejemplo, recientemente se han utilizado extractos de estas células para demostrar que la primera variante de ADN que muestra una relación «importante en todo el genoma» con la psicosis modifica la fijación de un factor de transcripción que regula la expresión del gen ZNF804A (2).

Linajes de células precursoras neurales inmortalizadas

Aunque tienen características neurales, los linajes de células derivadas de tumores tienen un número limitado de tipos de células que pueden hacer que se parezcan y por lo general presentan anomalías cromosómicas importantes. Las células precursoras derivadas del cerebro fetal humano son pluripotenciales (es decir, pueden originar una gama de neuronas y glía) y permiten estudiar de manera más fiable los procesos del desarrollo y fisiológicos. Se puede generar linajes de clones de células precursoras neurales mediante la inmortalización condicional, a través de la cual el gen regulado que impulsa la división celular se introduce en el genoma de la célula y esto permite la expansión controlada y la diferenciación (3).

Por consiguiente, se han establecido linajes de células precursoras neurales con cromosomas normales a partir de varias regiones del cerebro fetal humano, tales como corteza cerebral, hipocampo y cuerpo estriado. Al igual que los linajes de células derivadas de tumores, los linajes de células precursoras clonales proporcionan un sistema de modelo mediante el cual explorar los mecanismos del tratamiento farmacológico y los genes de susceptibilidad identificados para los trastornos psiquiátricos. Por ejemplo, se considera que la hormona cortisol es mediadora del efecto negativo del estrés sobre la neurogénesis del hipocampo. Esto se ha modelado en un linaje de células precursoras del hipocampo humanas, a partir de las cuales ha surgido una comprensión de la forma en que los antidepresivos contrarrestan este efecto y restablecen la actividad neurogéna (4). Células similares de la corteza cerebral humana se han utilizado para modelar los cambios patógenos en la expresión del gen alterado en la esquizofrenia-1 (DISC1) (5) y para proporcionar los primeros datos sobre las funciones moleculares

del gen ZNF804A que intervienen en la susceptibilidad a la esquizofrenia y al trastorno bipolar.

CELULAS NEURALES DERIVADAS DE PACIENTES

Otro enfoque consiste en obtener y comparar células neurales de cohortes de pacientes y testigos. El empleo de células de pacientes permite investigar procesos patológicos que se originan en la acción combinada de todas las variables de susceptibilidad genética que conserva cada individuo. Estos cultivos de células vivientes pueden esclarecer procesos que no son evidentes en las comparaciones de casos y testigos de tejido cerebral posmortem; en concreto, los procesos de desarrollo que podrían ser muy pertinentes a la causa de la esquizofrenia.

Células derivadas del neuroepitelio olfativo

La mucosa olfativa es una fuente de células precursoras de adulto accesible que puede obtenerse a través de biopsias. Estas células pueden propagarse en cultivo mediante neuroesferas; es decir, como cultivos agregados de células precursoras neurales y células progenitoras neurales en diferenciación. De este modo, se ha descubierto que las células derivadas de esta manera muestran diferencias de expresión de genes entre los pacientes con esquizofrenia y testigos que afectan a los procesos del neurodesarrollo como la guía axónica (7). También se ha informado que las células derivadas del epitelio olfativo de pacientes con esquizofrenia muestra alteraciones de la dinámica del ciclo celular en comparación con individuos testigos (8).

Células precursoras pluripotenciales inducidas

Si bien los precursores neurales olfativos derivados de pacientes portan todas las variantes genéticas que los han predispuesto a su enfermedad, no representan un modelo perfecto de los tipos de células regionales que se consideran centrales para los trastornos psiquiátricos, como los de la corteza o el hipocampo. La tecnología de células precursoras pluripotenciales (iPS) inducidas representa un avance importante en este sentido.

Imaginémonos que se pudiese identificar en forma prospectiva a un paciente con esquizofrenia *in utero*, 20 años antes del inicio de la enfermedad, y obtener una biopsia del cerebro. Entonces se podrían cultivar las propias células del paciente y realizar un seguimiento de su desarrollo a medida que se despliegan los procesos patológicos. Es extraordinario que la tecnología de iPS, comunicada en un artículo original en 2006 (9) permita una aproximación cercana a esto. Se pueden obtener células somáticas primarias —por lo general de la piel— de un paciente y «reprogramarse» para que se conviertan en células precursoras pluripotenciales que pueden originar todos los tipos de células que constituyen el organismo, incluidas las del sistema nervioso central.

En la actualidad están surgiendo estudios en los cuales esta tecnología se ha aplicado a las células obtenidas de pacientes psiquiátricos. Por ejemplo, Brennand et al (10) tomaron fibroblastos cutáneos de pacientes con esquizofrenia y testigos sanos, los reprogramaron y luego desarrollaron neuronas a partir de estas células pluripotenciales. En comparación con las cé-

lulas de testigos, las neuronas derivadas de los pacientes mostraron alteraciones de la expresión de genes que intervienen en la señalización del glutamato, el monofosfato de adenosina cíclico (cAMP) y la familia del sitio de integración MMTV de tipo no alado (WNT), así como un número reducido de neuritas y conectividad sináptica.

Al capturar todo el genoma de un paciente y el desarrollo normal probablemente con la mayor precisión posible en un cultivo bidimensional, las iPSC constituyen un material sin paralelo para estudiar las características del neurodesarrollo de los trastornos psiquiátricos *in vitro*. En tiempos más recientes también ha sido posible reprogramar los fibroblastos humanos directamente en células neuronales (“neuronales inducidas” o “iN”) (11), proporcionando una fuente más conveniente de modelos de neuronas de pacientes individuales con los cuales investigar la fisiopatología celular madura y la respuesta al tratamiento farmacológico.

Sin embargo, estas dos tecnologías se encuentran muy en pañales; los estudios hasta el momento se han basado en muy pocas muestras y las investigaciones futuras se dificultarán por la variabilidad inherente en los cultivos neurales mismos, así como entre los tipos de células y sujetos (12). Los protocolos normalizados para la escalada de estos experimentos serán necesarios para que estas técnicas logren su pleno potencial.

LIMITACIONES DE MODELOS CELULARES

Todos los modelos celulares tienen sus limitaciones. Aunque los linajes genéricos de células neurales humanas se pueden utilizar para investigar las funciones moleculares y celulares de sus genes de susceptibilidad individual, no captan las múltiples variables genéticas, probablemente interaccionantes, que contribuyen al desarrollo de los trastornos psiquiátricos complejos. Los linajes de células derivadas del paciente ofrecen la ventaja de captar cada genoma completo del individuo, pero en la actualidad tenemos conocimientos limitados de cuáles tipos de células son los más pertinentes a esta enfermedad y por tanto cuáles estudiar.

Los análisis de múltiples tipos de células de cada paciente, cuando se comparan con los de individuos de control, podrían indicar poblaciones celulares que en general son afectadas en un determinado trastorno, pero esto representará un gasto considerable. Además, si bien las técnicas de iPS/iN controlan las variables ambientales que pueden confundir la investigación de los mecanismos patógenos (p. ej., efectos de la medicación), también pierden los efectos de los factores ambientales que contribuyen a la enfermedad psiquiátrica.

En términos más generales, los trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia son una propiedad emergente del cerebro humano como un todo en el contexto del individuo dentro de la sociedad. Aunque los modelos celulares pueden ayudar a dilucidar las bases moleculares y celulares de estos trastornos, tienen que considerarse por tanto como sólo un nivel de investigación.

CONCLUSIONES

Los métodos celulares para el estudio de los trastornos psiquiátricos están avanzando en dos frentes. En uno, las líneas

clonales que de manera precisa modelan células en el sistema nervioso central se están utilizando en experimentos muy controlados para valorar los mecanismos de la acción farmacológica y los genes de susceptibilidad identificados para los trastornos psiquiátricos, lo cual a corto plazo podría representar la vía más rápida para mejores tratamientos de estos trastornos. Por otra parte, las células derivadas de poblaciones de pacientes y testigos están permitiendo valorar «en tiempo real» los procesos patológicos que se originan por la acción combinada de múltiples variantes de susceptibilidad genética. Aunque todavía se están desarrollando los protocolos para incrementar las células neurales inducidas, la combinación de accesibilidad y validez nominal garantizan su adopción tanto por académicos como por laboratorios farmacéuticos.

Si bien los modelos celulares nunca pueden captar toda la complejidad de la enfermedad psiquiátrica, la derivación y el estudio de los tipos de células neurales definidos de cohortes de pacientes extensas en un futuro no muy distante tal vez esclarezcan bastantes conceptos sobre las características biológicas de estos trastornos, así como los modelos con los cuales crear y poner a prueba nuevos tratamientos.

Bibliografía

1. Park SW, Seo MK, Cho HY et al. Differential effects of amisulpride and haloperidol on dopamine D2 receptor-mediated signaling in SH-SY5Y cells. *Neuropharmacology* 2011;61:761-9.
2. Hill MJ, Bray NJ. Allelic differences in nuclear protein binding at a genome-wide significant risk variant for schizophrenia in ZNF804A. *Mol Psychiatry* 2011;16:787-9.
3. Pollock K, Stroemer P, Patel S et al. A conditionally immortal clonal stem cell line from human cortical neuroepithelium for the treatment of ischemic stroke. *Exp Neurol* 2006;199:143-55.
4. Anacker C, Zunszain PA, Cattaneo A et al. Antidepressants increase human hippocampal neurogenesis by activating the glucocorticoid receptor. *Mol Psychiatry* 2011;16:738-50.
5. Kobayashi NR, Sui L, Tan PS et al. Modelling disrupted-in-schizophrenia 1 loss of function in human neural progenitor cells: tools for molecular studies of human neurodevelopment and neuropsychiatric disorders. *Mol Psychiatry* 2010;15:672-5.
6. Hill MJ, Jeffries AR, Dobson RJ et al. Knockdown of the psychosis susceptibility gene ZNF804A alters expression of genes involved in cell adhesion. *Hum Mol Genet* 2012;21:1018-24.
7. Matigian N, Abrahamsen G, Sutharsan R et al. Disease-specific, neurosphere-derived cells as models for brain disorders. *Dis Model Mech* 2010;3:785-98.
8. Fan Y, Abrahamsen G, McGrath JJ et al. Altered cell cycle dynamics in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2012;71:129-35.
9. Takahashi K, Yamanaka S. Induction of pluripotent stem cells from mouse embryonic and adult fibroblast cultures by defined factors. *Cell* 2006;126:663-76.
10. Brennand KJ, Simone A, Jou J et al. Modelling schizophrenia using human induced pluripotent stem cells. *Nature* 2011;473:221-5.
11. Pang ZP, Yang N, Vierbuchen T et al. Induction of human neuronal cells by defined transcription factors. *Nature* 2011;476:220-3.
12. Brennand KJ, Gage FH. The promise of human induced pluripotent stem cell-based studies of schizophrenia. *Stem Cells* 2011;29:1915-22.

Problemas y avances en el concepto de restablecimiento del consumidor

ALAN S. BELLACK¹, AMY DRAPALSKI²

¹Department of Psychiatry, University of Maryland School of Medicine, 737 W. Lombard St., Suite 551, Baltimore, MD 21201; ²VISN 5 Mental Illness Research, Education, and Clinical Center, Veterans Affairs Maryland Health Care System, Baltimore, Maryland, MD 21201, USA

El modelo de restablecimiento del consumidor ha tenido una influencia creciente en los procedimientos de salud mental en Estados Unidos, Europa Occidental y en otros diversos países. Sin embargo, la adopción del modelo ha reflejado decisiones políticas más que evidencia empírica de la validez del modelo o su utilidad para los servicios de tratamiento. El concepto de restablecimiento no está bien definido y hasta hace poco no había una medida fiable y válida en la cual basar un programa de investigación. Hemos establecido una medida empírica que se adapta bien tanto a la investigación como a la aplicación clínica: la Valoración del Restablecimiento en la Enfermedad Mental Grave de Maryland (MARS). Describimos brevemente la MARS y presentamos datos preliminares que demuestran que el restablecimiento no es un simple producto derivado de los dominios de desenlaces tradicionales, sino al parecer es un concepto diferente que puede tener repercusiones importantes para comprender a los consumidores con enfermedades mentales graves y para valorar el resultado de los programas de tratamiento.

Palabras clave: Restablecimiento, enfermedad mental grave, movimiento de consumidor, autoeficacia, modelo de aprendizaje social.

(*World Psychiatry* 2012;11:156-160)

La esquizofrenia y la mayor parte de las demás formas de enfermedad mental grave tradicionalmente se han considerado como trastornos crónicos con pronósticos desfavorables. Esta perspectiva pesimista ha comenzado a cambiar, a medida que una serie de estudios de resultados a largo plazo ha demostrado que la evolución es más variable tanto en general como en particular y que muchas personas que cumplen los criterios diagnósticos estrictos tienen pronósticos muy favorables, a menudo sin medicación de mantenimiento (p. ej., 1-4). Se dispone en la actualidad más de 20 estudios contemporáneos sobre los resultados a largo plazo en la esquizofrenia. Estos estudios son variables en cuanto a criterios específicos, medidas, muestras y cronología, pero en general alrededor de 50% de las personas con diagnósticos de investigación cuidadosos parecen tener un resultado favorable, lo que se refleja en la reducción considerable de los síntomas, y una calidad de vida y función de roles durante periodos prolongados que son satisfactorios.

Al mismo tiempo que se han reunido estos nuevos datos sobre los resultados, cada vez se reconoce más que los servicios de salud mental paternalistas tradicionales han generado sentimientos de desesperanza e impotencia en muchos consumidores, lo que favorece la dependencia y fomenta el estigma. En respuesta a la deficiencia de los servicios tradicionales, los consumidores y muchos profesionales han fomentado un *movimiento para el restablecimiento*, basándose en un modelo de restableci-

miento y de atención a la salud que resalta la esperanza, el respeto y el control por parte del consumidor de sus vidas y los servicios de salud mental (5).

Dos estudios importantes del gobierno federal de Estados Unidos dieron impulso al movimiento de restablecimiento. En primer lugar en el Estudio sobre Salud Mental del Surgeon General (6) se llegó a la conclusión de que toda atención a la salud mental debiera orientarse al consumidor y a la familia y promover el restablecimiento como su objetivo principal. Esta postura ha tenido un paralelismo más notable en el estudio de la Comisión de Nueva Libertad del Presidente: *El logro de lo prometido: la transformación de la atención de la salud mental en Estados Unidos* (7). Entre otras cosas, el informe señaló: «... los cuidados se deben enfocar en aumentar la capacidad de los consumidores para adaptarse satisfactoriamente a las dificultades de la vida, en facilitar el restablecimiento y en fortalecer la resistencia a la adversidad, no sólo en tratar los síntomas». Los principios enunciados en estos estudios fueron adoptados por los sistemas de atención a la salud mental de varios estados de la Unión Americana, junto con Canadá, el Reino Unido, Italia, Australia y Nueva Zelanda.

DEFINICIONES DE RESTABLECIMIENTO ORIENTADAS AL CONSUMIDOR

El movimiento del consumidor y los cambios de políticas relacionados se ba-

san en la premisa de que el restablecimiento es un proceso que ocurre con el tiempo en una forma no lineal (8). Anthony (9) describió como «un proceso singular profundamente personal consistente en modificar las actitudes, los valores, los sentimientos, las metas, las habilidades o los roles de una persona. Es una forma de vivir una vida satisfactoria, esperanzada y contribuyente aun con las limitaciones ocasionadas por las enfermedades. El establecimiento implica crear nuevos significados y propósitos en la vida a medida que se superan los efectos graves de las enfermedades mentales. «En tiempos más recientes, en un estudio de la Comisión para la Nueva Libertad, Hogan (10) describió el restablecimiento como «un proceso de adaptación positiva a la enfermedad y a la discapacidad, vinculado en alto grado con el darse cuenta de sí mismo y un sentido de empoderamiento». Los elementos clave de estas definiciones (el restablecimiento como un proceso en el cual el individuo lucha por superar el hecho de la enfermedad mental y su repercusión en el sentido de sí mismo) han quedado reflejados en muchas otras definiciones (11).

En 2004, la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y de Salud Mental de Estados Unidos (SAMHSA) sostuvo un congreso para consenso de dos días de duración en el que participaron más de 100 consumidores, profesionales de la salud mental y científicos, y en el que se estableció la siguiente definición de

restablecimiento: «El restablecimiento de la salud mental es un viaje de curación y transformación para que una persona con una discapacidad en la salud mental pueda vivir una vida significativa en las poblaciones de su elección y a la vez luchar por lograr el potencial humano pleno o identidad». La SAMHSA también identificó 10 características del restablecimiento y de los servicios orientados al restablecimiento: autodirección, individualizado y centrado en la persona, empoderamiento, integral, no lineal, basado en fortalezas, apoyo de compañeros, respeto, responsabilidad y esperanza. La definición de la SAMHSA está ampliamente aceptada en el campo. Ha sido adoptada por la Veterans Health Administration y los sistemas de salud mental de varios estados de la Unión Americana y servirá de guía para los programas de financiamiento futuros de la SAMHSA.

La definición de SAMHSA y las dimensiones son elaboradas en un documento adjunto, pero no proporcionan una definición operacional del restablecimiento. Más bien, comprenden diversas dimensiones del *modelo de restablecimiento*, las que consisten en: características de la persona (p. ej., autodirección, empoderamiento, respeto (por sí mismo), responsabilidad, esperanza), características del sistema (p. ej., individualizado y centrado en la persona, basado en fortalezas, apoyo por compañeros, respeto (por otros) y elementos descriptivos o variables del restablecimiento (p. ej., integral, no lineal).

Puesto que la SAMHSA es el organismo federal que se encarga de establecer e implementar las políticas de salud nacional, esta conceptualización probablemente tendrá repercusiones importantes para el ejercicio clínico y el reembolso en Estados Unidos. Sin embargo, los componentes del restablecimiento especificados por la SAMHSA no están bien definidos y hay notables redundancias en los diferentes aspectos (p. ej., empoderamiento y autodeterminación), algunos de los elementos designan las características individuales (p. ej., esperanza, respeto), en tanto que otros designan las características del entorno de la persona o el servicio clínico que recibe la persona (p. ej., la utilidad del apoyo de compañeros). En general, los elementos no son criterios adecuados para investigación, o para la valoración de la eficacia de los programas clínicos. Tampoco proporcionan guía adecuada con respecto a cómo

valorar el estado de restablecimiento de una persona o los cambios en función del tiempo, o para determinar cuáles otros factores ambientales o clínicos se relacionan con el restablecimiento.

LIMITACIONES DEL MODELO DE RESTABLECIMIENTO DEL CONSUMIDOR

No se dispone de datos sistemáticos sobre las tasas de restablecimiento según se define desde la perspectiva del consumidor. Los datos anecdóticos y los comentarios por los múltiples portavoces de consumidores muy impresionantes para el modelo de restablecimiento son informativos, pero es difícil extrapolar a partir de estas fuentes de información. Resulta claro que los representantes de profesionales y científicos no han apreciado en grado suficiente las experiencias subjetivas de las personas con enfermedades mentales graves y su capacidad para restablecerse de los efectos debilitantes de su enfermedad. Por el contrario, no está claro si las experiencias de los consumidores y profesionales son características de la población más amplia de personas con enfermedades mentales graves o si representan un subgrupo distintivo con resultados satisfactorios.

El modelo de restablecimiento del consumidor ha sido designado por algunos profesionales de la salud mental como «vino viejo en botellas nuevas» y una conceptualización de «sentirse bien» que no tiene verdaderas repercusiones prácticas (12,13). Para que el concepto tenga una repercusión duradera, es esencial que se vincule a medidas más objetivas de la evolución de la enfermedad y el funcionamiento en la población que se consideren relevantes por científicos, profesionales clínicos, familiares y legisladores. Se necesitan estudios para comprender los factores que contribuyen al restablecimiento definido por el consumidor y determinan su evolución. Por ejemplo, las definiciones del consumidor generalmente indican que el restablecimiento es independiente de los síntomas, pero los estudios que han analizado este aspecto informan que el restablecimiento y los síntomas tienen una correlación negativa (14,15).

Un modelo cognitivo social de restablecimiento

Una limitación importante del modelo de restablecimiento del consumidor es

que no está basado en principios psicológicos establecidos y designa conceptos vagos que no se han definido de manera objetiva (16). Conceptuamos el restablecimiento en el contexto de la teoría cognitiva social de Bandura de la *agenciación* humana (17,18). Bandura postuló que las personas son agentes de su experiencia y no simplemente reaccionantes pasivos a un entorno determinista, o autómatas que son impulsados por los procesos neurocognitivos. El aparato primario a través del cual opera la agenciación es la *autoeficacia*. Esta es una serie de creencias en torno a la propia capacidad para controlar las experiencias internas y externas. Comprende tanto la confianza general en las propias capacidades, como las creencias en la eficacia circunstancialmente específicas. También implica tanto la *agenciación* personal (lo que las personas hacen por sí mismas) como la *agenciación* interpersonal (la capacidad para organizar la ayuda de otros) (19).

La autoeficacia está determinada por las experiencias de éxito o fracaso, la modelación (es decir, el aprendizaje social) y las reacciones de otros en el transcurso del tiempo. Tiene una influencia poderosa en la motivación, en el establecimiento de metas, las opciones en la vida y la acción. Cuanta más confianza tengan las personas en su capacidad para tener éxito o para adaptarse con eficacia, tanto más estarán dispuestas a establecer metas ambiciosas y poner en práctica acciones. La autoeficacia también influye en los estados afectivos. Una autoeficacia considerable puede originar experiencias de dominio, autoestima y satisfacción en la vida, en tanto que una baja autoeficacia puede originar ansiedad previsiva, una sensación de fracaso (independientemente del desempeño efectivo), desesperanza y depresión.

En la figura 1 se proporciona una representación gráfica del modelo. Las experiencias y aptitudes negativas (a la izquierda) disminuyen la autoeficacia, la cual origina decrementos en las variables del restablecimiento, en tanto que las experiencias y actitudes positivas (a la derecha) intensifican la autoeficacia y favorecen el restablecimiento. Las personas con enfermedades mentales graves a menudo tienen antecedentes de fracaso personal en una serie de experiencias de roles sociales, experimentan estigma perjudicial (del público, de los medios de comunicación, de los profesionales de la salud mental y a veces de otras personas

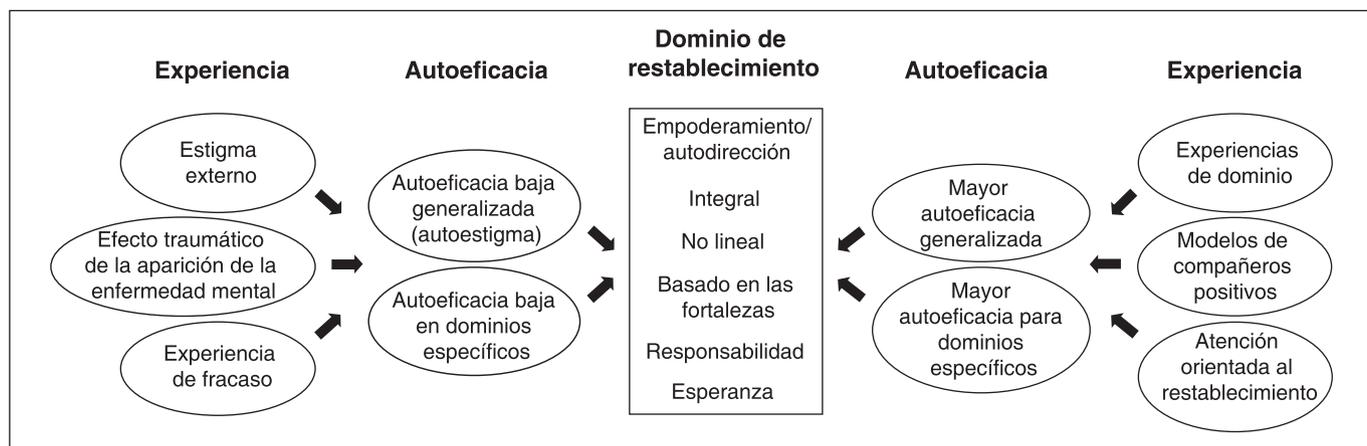


Figura 1. Un modelo de la relación entre la autoeficacia y el restablecimiento.

significativas) y suelen desarrollar autoestima (20). Estas experiencias pueden minar la autoeficacia para hacer frente a sus enfermedades o para lidiar con una amplia gama de exigencias en la vida. La disminución de la autoeficacia puede originar desesperanza, falta de auto-respeto y carencia de sentimientos de control (autodirección) o empoderamiento, lo que se ha demostrado que ocurre en personas con enfermedades mentales graves (21). A la inversa, el éxito vocacional, la toma de decisiones compartida eficaz en la atención a la salud y otras experiencias de dominio pueden producir una mayor autoeficacia y mejorar los sentimientos de empoderamiento, esperanza, auto-respeto y capacidad para la autodirección.

El restablecimiento tras la enfermedad mental grave comprende adoptar creencias de mejor eficacia para los roles sociales clave (p. ej., estudiante/trabajador, esposa/padre) y crear un sentido de control sobre la propia enfermedad a través de la agenciación personal (p. ej., la capacidad para controlar la propia enfermedad y su tratamiento) y la agenciación interpersonal (p. ej., la capacidad para trabajar en colaboración con los prestadores de servicios de atención a la salud y apoyo al acceso de compañeros y familiares cuando sea necesario). La noción de que el restablecimiento comprende la adaptación a la enfermedad y la discapacidad (10) es congruente con la perspectiva de aprendizaje social de que las creencias en la eficacia son específicas de situaciones y que una persona puede sentirse eficaz en algunos dominios pese a tener dificultades en otros.

La bibliografía empírica sobre la autoeficacia y la agenciación en las enfer-

medades mentales graves es escasa, aunque se han vinculado ampliamente los conceptos (22-24) y diversos estudios apoyan la relación entre la eficacia y los resultados en muestras de pacientes con enfermedades mentales graves. En varios estudios se ha demostrado que la eficacia personal se relaciona con la calidad de la vida y el funcionamiento social, incluido el empleo (23,25,26). En una cohorte de pacientes ambulatorios con esquizofrenia (27) se observó que la eficacia tiene una importante relación negativa con la discriminación percibida y el auto-estigma al igual que una relación positiva potente con el empoderamiento y tuvo una relación inversa con la depresión y la pérdida percibida de la independencia en una muestra de la gama de la esquizofrenia (28). Aunque no midieron directamente la autoeficacia, Grant y Beck (29) analizaron el concepto relacionado de las «creencias derrotistas»: conclusiones excesivamente generalizadas sobre la propia capacidad para llevar a cabo tareas (p. ej., «si no puedes hacer algo bien, tiene poco caso siquiera hacerlo»). Observaron que estas actitudes negativas mediaban la relación entre la alteración cognitiva y los síntomas negativos lo mismo que el funcionamiento social y vocacional en una muestra de personas con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo.

Factores mediadores y moderadores del restablecimiento

Otra limitación de la bibliografía actual sobre el modelo del consumidor es que no está claro en qué grado el restablecimiento es mediado o moderado por los dominios de desenlace funcional,

como las relaciones laborales y sociales: es decir, ¿es la actividad productiva como el trabajo o la escuela un mediador del restablecimiento, una consecuencia del restablecimiento u ortogónica al mismo? ¿Permite el avance a lo largo de la vía hacia el restablecimiento mejores relaciones sociales, contribuyen las mejores relaciones al restablecimiento o el desplazamiento a través de las dos dimensiones de alguna manera está entrelazado? Consideramos que es esencial crear una base científica para el modelo del consumidor y documentar que el restablecimiento tiene repercusiones prácticas y conceptuales importantes que van más allá del bienestar subjetivo de los consumidores.

En congruencia con la afirmación de Bandura de que las personas influyen y a la vez son influenciadas por su experiencia, postulamos que la agenciación y la autoeficacia son mediadores entre las experiencias vitales y el restablecimiento. Las experiencias adversas pueden disminuir la eficacia y evitar o retrasar el restablecimiento, en tanto que las experiencias positivas tendrían el efecto opuesto. Así mismo, hay un circuito de retroalimentación en el cual la mayor eficacia y el progreso a lo largo de la vía de restablecimiento motivan y brindan empoderamiento a la persona para que haga cambios positivos en su vida. Por ejemplo, las mejores condiciones de vivienda pueden aumentar la esperanza y el auto-respeto (30), lo cual puede aumentar la inclinación de la persona a buscar empleo. A la inversa, un mayor sentido de esperanza y empoderamiento pueden permitir a la persona buscar mejor vivienda.

El restablecimiento también puede estar sujeto a la influencia de factores

moderadores. El tratamiento orientado al restablecimiento puede ejercer una influencia positiva y la atención paternalista puede tener un efecto negativo. Algunos dominios, como el uso de sustancias, los síntomas psiquiátricos, las alteraciones cognitivas, pueden funcionar como moderadores (negativos) sólo cuando se encuentran en grados importantes.

Valoración del restablecimiento

Otra limitación del concepto del restablecimiento es que no se dispone de medidas del restablecimiento según lo define la SAMHSA y sólo un puñado que están basados en otras definiciones (16). Andersen et al (31) identificaron sólo una medida de restablecimiento en su búsqueda en la bibliografía publicada. Campbell-Orde et al (32) encuestaron organizaciones de consumidores y gubernamentales y valoraron la bibliografía e identificaron ocho medidas, de las cuales sólo seis se enfocaban realmente en el restablecimiento en sí.

Los resultados de estas valoraciones reflejan el hecho de que, en su mayor parte, se han creado los instrumentos actuales *ad hoc* por grupos de consumidores y no se han publicado. Han evolucionado a partir de un grupo de trabajo pequeño o conferencias para consenso con atención primaria a la validez nominal y consensual más que un programa psicométrico sistemático de desarrollo de escalas. La mayor parte se basa en modelos no respaldados o definiciones del restablecimiento. Casi todos los instrumentos tienen problemas en la graduación o una base o un techo inadecuados. Algunos son demasiado largos para ser prácticos y otros demasiado heterogéneos para ser útiles como variables de resultados globales.

En respuesta a esta situación hemos creado una nueva medida basada en nuestra versión operacionalizada de los dominios de restablecimiento de SAMHSA: la Valoración del Restablecimiento en Personas con Enfermedades Mentales Graves de Maryland (MARS) (33). La MARS es un instrumento de autoevaluación de 25 apartados cuyo propósito es evaluar el estado de restablecimiento en personas con enfermedades mentales graves. Fue creada utilizando un proceso iterativo por un equipo de seis científicos clínicos a nivel doctoral con experiencia en enfermedades mentales graves y restablecimiento en una serie de seis reuniones personales, complementadas con entrevistas estructuradas con seis expertos independientes y un comité de consumidores.

La MARS tarda menos de 10 minutos en llenarse y sus apartados están redactados a un nivel de lectura para cuarto grado, por lo que es práctica de utilizar tanto en el ámbito de la investigación como en el ámbito de la prestación de servicios. También es fácil traducirla a múltiples idiomas. Notablemente, pese a ser creada para reflejar los diversos dominios de restablecimiento de SAMHSA, un solo factor primario contribuye a la mayor parte de la varianza.

En la actualidad estamos llevando a cabo un estudio longitudinal para valorar nuestro modelo de aprendizaje social y analizar mediadores y moderadores del restablecimiento. Con una muestra de más de 100 pacientes ambulatorios incorporados hasta el momento, los datos proporcionan apoyo considerable a nuestro modelo. En la tabla 1 se muestra un resumen de un análisis de regresión escalonado sobre una gama de dominios en la MARS. La autoeficacia y la me-

diación humana contribuyen a la mayor proporción de la varianza de las calificaciones en MARS: 59%. Otros conceptos de restablecimiento, como la esperanza y el empoderamiento, también contribuyen a una proporción importante de la varianza, pero no contribuyen ostensiblemente a la autoeficacia y la mediación. Los síntomas positivos y negativos, el funcionamiento neurocognitivo, el apoyo social, la calidad de vida subjetiva y el estado de salud, o la recepción de tratamiento orientado al establecimiento también contribuyen en grado moderado a la varianza.

Estos datos señalan que el restablecimiento no es un producto secundario simple de los dominios de resultados tradicionales como los síntomas, y no es un sustitutivo de la calidad de vida. Más bien, parece ser un concepto distintivo que puede tener repercusiones importantes para comprender a los consumidores con enfermedades mentales graves y para valorar los desenlaces de los programas de tratamiento. Sin embargo, debiera hacerse notar que la MARS no se correlacionó en alto grado con la recepción del tratamiento orientado al restablecimiento o con la satisfacción del tratamiento. Por consiguiente, tenemos mucho que aprender con respecto a cuáles tipos de servicios de tratamiento mejorarán el restablecimiento y cómo valorar el grado en el cual los servicios cumplen las necesidades de restablecimiento del consumidor.

Como se señaló antes, estos datos son preliminares y debieran interpretarse con precaución. Además, todos los sujetos estaban recibiendo servicios en los hospitales de Veterans Administration en Estados Unidos. En la actualidad estamos incorporando una muestra más extensa y más diversa y valoraremos a los consumidores un año después de la valoración inicial. Esto nos brindará una imagen de la influencia de los diversos factores relacionados con los resultados y ambientales sobre el restablecimiento en el transcurso del tiempo y también de qué manera el estado de restablecimiento influye en el funcionamiento psicosocial.

Agradecimientos

El estudio comunicado en este manuscrito fue apoyado por una beca MERIT Review de la Veterans Administration otorgada al Dr. Bellack.

Tabla 1. Regresión jerárquica de dominios de resultados en la Valoración del Restablecimiento en Personas con Enfermedades Mentales Graves (MARS) de Maryland

Paso	ANOVA global			Estadística del cambio		
	F (df)	p<	R ²	Cambio en R ²	F (df)	p<
1	48.92 (3,102)	0.000	0.590			
2	44.36 (6,96)	0.000	0.735	0.145	8.474 (6,93)	0.0001
3	24.24 (11,90)	0.000	0.748	0.013	0.385 (11,84)	0.0958
4	14.60 (16,80)	0.000	0.745	-0.003	0.047 (16,69)	0.999
5	12.76 (18,78)	0.000	0.747	0.002	0.022 (18,62)	0.999

1—autoeficacia y agenciación humana; 2—esperanza, empoderamiento y autoestigma; 3 —síntomas positivos y negativos y neurocognición; 4 —apoyo social, calidad de vida subjetiva y salud física y mental autoevaluada; 5 —recepción de tratamiento orientado al restablecimiento y satisfacción con los servicios.

Bibliografía

1. Davidson L, Harding C, Spaniol L (eds). Recovery from severe mental illnesses: research evidence and implications for practice. Vol. 1. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences Boston University, 2005.
2. Harrison G, Hopper K, Craig T et al. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *Br J Psychiatry* 2001;178:506-17.
3. Harrow M, Grossman L, Jobe TH et al. Do patients with schizophrenia ever show periods of recovery? A 15-year multi-follow-up study. *Schizophr Bull* 2005;31:723-34.
4. Liberman RP, Kopelowicz A. Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatr Serv* 2005;56: 735-42.
5. Bellack AS. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophr Bull* 2006;32:432-42.
6. United States Public Health Service Office of the Surgeon General. Mental health: a report of the Surgeon General. Rockville: Department of Health and Human Services, US Public Health Service, 1999.
7. New Freedom Commission on Mental Health. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Final report. DHHS Pub. No. SMA-03-3832, Rockville, 2003.
8. Jacobson N, Greenley D. What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatr Serv* 2001;52:482-5.
9. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J* 1993;16:11-23.
10. Hogan MF. New Freedom Commission Report: The President's New Freedom Commission: recommendations to transform mental health care in America. *Psychiatr Serv* 2003;54:1467-74.
11. Davidson L, O'Connell MJ, Tondora J et al. Recovery in serious mental illness: paradigm shift or shibboleth? In: Davidson L, Harding C, Spaniol L (eds). Recovery from severe mental illnesses: research evidence and implications for practice. Vol. 1. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences Boston University, 2005:1-5.
12. Peyser H. What is recovery? A commentary. *Psychiatr Serv* 2001;52:486-7.
13. Remington G, Shammi C. Overstating the case about recovery? *Psychiatr Serv* 2005;56:1022.
14. Corrigan PW, Gifford D, Rashid F et al. Recovery as a psychological construct. *Commun Ment Health J* 1999;35:231-9.
15. Resnick SG, Rosenheck RA, Lehman AF. An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatr Serv* 2004;55:540-7.
16. Silverstein SM, Bellack AS. A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clin Psychol Rev* 2008;28:1108-24.
17. Bandura A. Human agency in social cognitive theory. *Am Psychol* 1989;44: 1175-84.
18. Bandura A. Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annu Rev Psychol* 2001;52:1-25.
19. Smith GE, Kohn SJ, Savage-Stevens SE et al. The effects of interpersonal and personal agency on perceived control and psychological well-being in adulthood. *Gerontologist* 2000;40:458-68.
20. Watson AC, Corrigan P, Larson JE et al. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophr Bull* 2007;33:1312-8.
21. Davidson L, Weingarten R, Steiner J et al. Integrating prosumers into clinical settings. In: Mowbray D, Moxley C, Jasper C et al (eds). Consumers as providers in psychiatric rehabilitation. Columbia: International Association of Psychosocial Rehabilitation Services, 1997:437-55.
22. Liberman RP, Kopelowicz A. Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st century. *Int Rev Psychiatry* 2002;14:245-55.
23. Pratt S, Mueser K, Smith T et al. Self-efficacy and psychological functioning in schizophrenia: a meditational analysis. *Schizophr Res* 2005;78:187-97.
24. Velligan DI, Kern RS, Gold JM. Cognitive rehabilitation for schizophrenia and the putative role of motivation and expectancies. *Schizophr Bull* 2006;32:474-85.
25. Hasson-Ohayon I, Walsh S, Roe D et al. Personal and interpersonal perceived control and the quality of life of persons with severe mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2006;194:538-42.
26. Lysaker PH, Bond G, Davis LW et al. Enhanced cognitive behavioral therapy for vocational rehabilitation in schizophrenia: effects on hope and work. Submitted for publication.
27. Vauth R, Kleim B, Wirtz M et al. Self-efficacy and empowerment as outcomes of selfstigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2007;150:71-80.
28. Shahar G, Trower P, Davidson L et al. The person in recovery from acute and severe psychosis: the role of dependency, self-criticism, and efficacy. *Am J Orthopsychiatry* 2004;74:480-8.
29. Grant PM, Beck AT. Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms, and functioning in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009;35:798-806.
30. Wright PA, Kloos B. Housing environment and mental health outcomes: a levels of analysis perspective. *J Environ Psychol* 2007;27:79-89.
31. Andresen R, Caputi P, Oades L. Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:972-80.
32. Campbell-Orde T, Chamberlin J, Carpenter J et al. Measuring the promise: a compendium of recovery measures, Vol. 2. Rockville: The Evaluation @ HSRI Center, Human Services Research Institute, U.S. Department of Health and Human Services, 2005.
33. Drapalski AL, Medoff D, Unick GJ et al. Assessing recovery in people with serious mental illness: development of a new scale. *Psychiatr Serv* (in press).

Restablecimiento de la esquizofrenia: la forma sigue al funcionamiento

ROBERT P. LIBERMAN

Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences, David Geffen-UCLA School of Medicine; Semel Institute of Neuroscience and Human Behavior, Los Angeles, CA, USA

El ascenso de la definición de restablecimiento por el movimiento del consumidor ha acalorado más que esclarecido la percepción creciente de que se puede alentar a las personas con esquizofrenia y otras discapacidades mentales a establecer sus propias metas personales y educarse para participar de una manera informada en la toma de decisiones con respecto a su tratamiento. El restablecimiento, según lo definen defensores del consumidor, es equivalente a: a) tener una vida personalmente significativa y satisfactoria; b) tener empoderamiento para tomar las propias decisiones con respecto a las metas en la vida y el tratamiento; c) tener esperanza en el futuro; d) estar en paz con uno mismo y con el propio Dios; e) el tener un sentido valioso de integridad bienestar y respeto por sí mismo.

Si bien estos indicadores del restablecimiento son razonamientos convincentes, me opongo a depender únicamente de estas actitudes ambiguas y subjetivas para definir el restablecimiento. El apearse a estas sensibilidades por sí solo destruiría los límites entre las personas que dependen de otras y se mantienen discapacitadas con síntomas positivos y negativos persistentes frente a los que han logrado un trabajo relativamente normal y un funcionamiento social con estilos de vida de participación activa como ciudadanos de sus poblaciones. Al igual que en otras enfermedades médicas (1-4) el restablecimiento de la esquizofrenia se ha de reconocer sólo cuando los pacientes, por lo general a través del tratamiento eficaz y la rehabilitación, ya no tienen síntomas tan graves que se entrometan en la independencia personal y, como resultado, pueden recuperar un grado aceptable de funcionamiento normal en sus familias, vida sociales, trabajo, escuela, autocontrol de la enfermedad, vida independiente y actividades recreativas. En otras palabras, la forma del restablecimiento sigue al funcionamiento (5).

A través de una serie de grupos enfocados de interesados en el campo de la salud mental (pacientes, psiquiatras y otros profesionales de la salud mental, familiares, miembros activos de la Alianza Nacional

sobre la Enfermedad Mental y el lego de la población general), se creó una serie de criterios funcionales para operacionalizar el concepto del restablecimiento (6). Estos comprendieron: a) síntomas suficientemente leves y frecuencia tan baja que no impida el funcionamiento cotidiano; b) trabajar en un empleo de mercado competitivo o asistir a una escuela normal por lo menos la mitad del tiempo; c) relaciones familiares aceptablemente cordiales, reconociendo que es normal la discordia familiar esporádica; d) relaciones sociales por lo menos con un amigo con el cual uno se involucra en actividades sociales y recreativas en entornos comunitarios normativos, por lo menos una vez cada dos semanas; e) vida independiente según se definió por el control del dinero, el control de la enfermedad, autocuidado y la higiene personal dentro de las normas.

En varios estudios se demostró que esta definición de restablecimiento diferenciaba en grado importante a los individuos con esquizofrenia que habían o no habían logrado un estilo de vida funcional (7-9) y funciones neurocognitivas normales (10).

En su artículo incisivo, Bellack y Drapalski resaltan las perspectivas ofuscantes y de carácter político del consumidor sobre el restablecimiento que son vagas, no basadas en principios psicológicos establecidos y resistentes a una definición empíricamente fiable y válida. En su intento por envolver estas definiciones solipsistas del restablecimiento en formas objetivas y medibles e integrarlas en teorías de la conducta académicamente respetables, los autores se enfocan en un modelo sociocognitivo del restablecimiento que está basado en el concepto de autoagenciación y autoeficacia de Bandura.

Si bien su intento por explicar con detalle y validar estas perspectivas del restablecimiento del consumidor con un principio psicológico establecido tiene su valía, conlleva el efecto inadvertido de proporcionar respetabilidad profesional y científica a lo que siguen siendo indicadores subjetivos que no están basados en normas sociales. Como lo señala Bandura (11), «en los esfuerzos por servir a todos los fines, los aspectos de las escalas de autoeficacia suelen establecerse en términos generales divorciados de exigencias y circunstancias situacionales específicas. Esto deja mucha ambigüedad con respecto a exactamente qué es lo que se está midiendo o el nivel de la tarea y las exigencias

de la situación que deben abordarse. Las escalas de autoeficacia deben adaptarse al dominio específico del funcionamiento que es objeto del interés».

Si bien Bellack y Drapalski identifican la autoeficacia como una mediadora entre el logro de las metas funcionales y las nociones de empoderamiento, esperanza y autorresponsabilidad del consumidor, no está claro cuál potencia explicativa adicional es proporcionada por las medidas de autoeficacia con respecto y por encima del logro funcional en los dominios social, familiar, laboral, escolar, de amistades, de citas, autocontrol de la enfermedad y vida independiente. Por lo demás, investigaciones recientes han demostrado que hay una desconexión entre la capacidad de las personas para pronosticar con precisión cómo se sentirán en el futuro y cómo realmente se sienten en situaciones futuras, con lo que se limita la validez previsiva de la autoeficacia como una mediadora de esperanza y satisfacción personal (12). Además, los aspectos sobre la mayor parte de las escalas de autoeficacia y los dominios de restablecimiento del consumidor encapsulados por la Valoración del Restablecimiento de Personas con Enfermedades Mentales Graves de Maryland (MARS) parecen ser isomorfos, lo cual explicaría sus hallazgos estadísticos. Aunque los individuos con esquizofrenia a menudo adquieren confianza y optimismo a medida que superan obstáculos para la independencia y el éxito social y laboral, es una concepción idealizada un sistema autogenerativo de lograr engendrar aun más motivación para luchar por el éxito en atacar metas y acciones siempre más ambiciosas. Por el contrario, para los que trabajamos diariamente con personas que tienen esquizofrenia, cada logro funcional —vida independiente, iniciar un trabajo, reanudar los estudios escolares, salir con alguien— se acompaña de tensión, falta de confianza, temor al fracaso y rechazo. Con demasiada frecuencia, como se ha observado en una gran cantidad de estudios sobre apoyo al empleo (13) y otros servicios de rehabilitación, el éxito no es acumulativo, sino más bien está plagado de fracasos y la necesidad de apoyos constantes con entrenamiento y reentrenamiento en las destrezas funcionales y resolución de problemas que son necesarios para la integración normativa en la vida social.

Aunque existen interacciones evidentes entre las actitudes subjetivas de con-

sumidores y los criterios funcionales de restablecimiento, «no sería posible ignorar la presentación continuada de síntomas psicóticos o discapacidad funcional e imposibilidad de la persona para reanudar los roles sociales esperados» (14).

Si el restablecimiento de la esquizofrenia y otros trastornos mentales discapacitantes es contribuir a reducir el estigma hacia la enfermedad mental y el impulso para la adopción de prácticas centradas en la persona, orientadas al restablecimiento y basadas en evidencia por los sistemas de servicio de salud mental, los criterios de restablecimiento deben tener la capacidad de diferenciar a los individuos que están discapacitados de aquellos cuyos síntomas y alteraciones neurocognitivas no interfieren en el autocontrol de la enfermedad, el funcionamiento psicosocial normal y la integración no desviada así como la participación activa en la vida social.

Bibliografía

1. Ickovics JR, Viscoli CM, Horwitz RI. Functional recovery after myocardial infarction in men: the independent

effects of social class. *Ann Intern Med* 1997;127:518-25.

2. Anderson K, Aito S, Atkins M et al. Functional recovery measures for spinal cord injury: an evidence-based review for clinical practice and research. *J Spinal Cord Med* 2008;31:133-44.
3. Kesselring J, Comi G, Thompson AJ. Multiple sclerosis: recovery of function and neurorehabilitation. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
4. Verheyden G, Nieuwboer A, De Wit L et al. Time course of trunk, arm, leg, and functional recovery after ischemic stroke. New York: Cambridge University Press, 2005.
5. Liberman RP. Recovery from disability: manual of psychiatric rehabilitation. Washington: American Psychiatric Publishing Inc., 2008.
6. Liberman RP, Kopelowicz A, Ventura J et al. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 2002;14:256-72.
7. Whitehorn D, Brown J, Richard J et al. Multiple dimensions of recovery in early psychosis. *Int Rev Psychiatry* 2002;14:273-83.

8. Robinson DC, Woerner MG, McMeniman M et al. Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161:473-9.
9. Harrow M, Grossman L, Jobe TH et al. Do patients with schizophrenia ever show periods of recovery? A 15 year multi-follow-up study. *Schizophr Bull* 2005;31:723-34.
10. Kopelowicz A, Liberman RP, Ventura J et al. Neurocognitive correlates of recovery from schizophrenia. *Psychol Med* 2005;35:1165-73.
11. Bandura A. Self-efficacy beliefs of adolescents. New York: Information Age Publishing, 2006.
12. Gilbert DT, Wilson TD. Prospection: experiencing the future. *Science* 2007;317:1351-4.
13. Becker DR, Drake RE, Bond GR et al. Job terminations among persons with severe mental illness participating in supported employment. *Commun Ment Health J* 1999;34:71-82.
14. Bellack AS. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2006;32:432-42.

Investigación en torno al restablecimiento: la evidencia empírica de Inglaterra

MIKE SLADE

King's College London, Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, Denmark Hill, London SE5 8AF, UK

Bellack y Drapalski presentan un panorama experto de las repercusiones del «modelo de restablecimiento del consumidor» y brindan una perspectiva basada principalmente en Estados Unidos sobre las dificultades planteadas en la definición, valoración y resultados del tratamiento. Esos temas importantes también se han abordado en Inglaterra y en este comentario se señalan algunos hallazgos recientes.

En relación con la definición, la investigación científica se ha desplazado más allá de las declaraciones de consenso. En un análisis sistemático se identificaron todas las descripciones y modelos de restablecimiento publicados en inglés (1). Luego, se utilizó una síntesis narrativa para crear un modelo conceptual que consiste en: a) 13 características frecuentes del viaje al restablecimiento; b) cinco procesos del restablecimiento, que comprenden conectividad, esperanza

y optimismo en torno al futuro, identidad, significación de la vida y empoderamiento (representados en el acrónimo inglés CHIME); y c) descripciones de la etapa de restablecimiento.

El modelo CHIME es aplicable a un nivel internacional (2) y un conjunto de datos que respaldan el restablecimiento precisa intervenciones cuyas variables primarias son los procesos de restablecimiento identificados en CHIME. El conjunto de datos disponible tiene un enfoque diferente y refleja prioridades clínicas habituales de sintomatología y funcionamiento, así que por ejemplo, las intervenciones bien valoradas que se orientan a la conectividad («integración social» en Estados Unidos, «inclusión social» en Reino Unido y Australia) en gran parte no están presentes en la base de investigaciones y por tanto en las guías clínicas.

Bellack y Drapalski señalan la inclusión problemática en las declaraciones de consenso de aspectos de diferentes niveles: individuales, ambientales, tratamiento, etcétera. Se han publicado dos análisis sistemáticos de las medidas de restablecimiento (3), que también identifican los

problemas gemelos de definiciones incongruentes del restablecimiento y la valoración que abarcan diferentes niveles. Por tanto, se ha utilizado el modelo CHIME para una base de una nueva medida de apoyo de los servicios al restablecimiento. La medida —denominada INSPIRE (descrita en researchintorecovery.com/inspire)— aborda el reto de que los usuarios de servicios otorgan importancia variable a los diferentes tipos de apoyo de manera que es una medida de utilidad concebida para utilizarse en el contexto clínico sistemático lo mismo que como criterio de valoración clínica en estudios.

Por lo que respecta a los servicios, se ha llevado a cabo un análisis de las normas y directrices para elaborar internacionales una guía de procedimientos orientados al restablecimiento (5). El análisis cualitativo de 30 mejores documentos de procedimientos que utilizó un análisis temático inductivo a nivel semántico identificó 16 temas dominantes, los cuales se agruparon utilizando el análisis interpretativo. Se identificaron cuatro dominios prácticos: el restablecimiento definido según el apoyo personal, las relaciones

de trabajo, el compromiso organizacional y la promoción de la ciudadanía. El restablecimiento definido conforme al apoyo personal conlleva ofrecer intervenciones basadas en evidencia como un recurso para que los usuarios de servicios lo utilicen en su viaje al restablecimiento, más que imponer tratamientos para sus mejores intereses.

El segundo dominio de las relaciones operativas es central pues la evidencia sintetizada de investigaciones cualitativas y descripciones del restablecimiento muestra que los periodos de cambio en las vidas de las personas que utilizan los servicios a menudo están vinculados a encuentros auténticos con los profesionales clínicos. En términos coloquiales, para los profesionales clínicos no sólo es qué hacer (es decir, cuáles tratamientos ofrecer), sino cómo hacerlo.

El tercer dominio del compromiso organizacional resalta la repercusión de las creencias en torno a la función central («qué es lo que realmente vamos a hacer aquí»), que configura las expectativas, el discurso y la conducta. Por ejemplo, si la función central del sistema de atención mental es proteger al público, entonces se desalentará la toma de riesgos positiva que es necesaria para el crecimiento como ser humano. El dominio final de promover la ciudadanía subraya que los usuarios de servicios son algo más que sus enfermedades. Una orientación al restablecimiento implica cambiar el centro del tratamiento de la enfermedad (de manera que la persona ulteriormente pueda continuar con su vida) a respaldar la identidad y la ciudadanía (a cuyo objetivo contribuyen los tratamientos, para algunas personas en algunos momentos de su vida). Una prueba decisiva para este cambio puede ser el grado en el cual se percibe como una gran parte del trabajo para que el clínico funcione con un empleador local, capacitarlo para que haga los ajustes en el lugar de trabajo que son necesarios para que trabajen personas con problemas de salud mental, así como proporcionar tratamiento a los individuos. De hecho, se ha aducido que los profesionales clínicos

del futuro necesitarán volverse activistas sociales (6).

Dos iniciativas en Inglaterra pueden ubicarse en estos cuatro dominios prácticos. Al nivel del compromiso organizacional, 30 de 55 grupos de proveedores de servicios de salud mental intervienen en el proyecto ImROC (7). Este se basa en un modelo de 10 (retos organizacionales) clave, ideados a través de la co-producción en seminarios en que participaron más de 300 miembros del personal de salud mental, usuarios de servicio y familiares (8). Las dificultades comprenden la transformación de la fuerza de trabajo (p. ej., hacia una fuerza de trabajo en la cual 50% de la prestación de la atención sea realizada por profesionales compañeros que tienen experiencia personal en las enfermedades mentales), una transición de los servicios orientados a riesgo a orientados a seguridad y el establecimiento de centros educativos para el restablecimiento en los cuales el personal y los usuarios de servicio puedan aprender de la experiencia entre ellos.

Una intervención a nivel de equipo se ha establecido también para los servicios de salud mental en el adulto, la cual explícitamente está dirigida a respaldar los procesos de restablecimiento de CHIME y aborda otros dos niveles de dominio prácticos. La intervención REFOCUS (9) implica capacitar al personal en tres procedimientos de trabajo que respaldan el restablecimiento definido en el aspecto personal: comprensión de los valores del usuario de servicio y preferencias de tratamiento como un punto de partida para la planificación de la atención; valorar y amplificar las fortalezas; y respaldo del esfuerzo para lograr las metas por parte de los usuarios de servicios. El personal también se capacita para utilizar la tutoría como un estilo interpersonal en sus relaciones de trabajo con los usuarios de servicios. La intervención en la actualidad se está valorando en 30 equipos de la población (10).

Un reto científico restante en Inglaterra es crear intervenciones que favorezcan la ciudadanía. Estas pueden precisar

la reconceptuación radical del rol de los profesionales clínicos y es probable que conlleven iniciativas de desarrollo en la población basadas en la asociación entre las personas que utilizan los servicios y las que trabajan en ellos, en vez de tratamientos a un nivel individual proporcionados por expertos profesionales.

Bibliografía

1. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C et al. A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011;199:445-52.
2. Slade M, Leamy M, Bacon F et al. International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* (in press).
3. Burgess P, Pirkis J, Coombs T et al. Assessing the value of existing recovery measures for routine use in Australian mental health services. *Aust N Z J Psychiatry* 2011;45:267-80.
4. Williams J, Leamy M, Bird V et al. Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (in press).
5. Le Boutillier C, Leamy M, Bird VJ et al. What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatr Serv* 2011;62:1470-6.
6. Slade M. Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research* 2010;10:26.
7. Perkins R, Slade M. Recovery in England: transforming statutory services? *Int Rev Psychiatry* 2012;24:29-39.
8. Sainsbury Centre for Mental Health. Implementing recovery. A new framework for organisational change. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2009.
9. Bird V, Leamy M, Le Boutillier C et al. REFOCUS: promoting recovery in community mental health services. London: Rethink, 2011.
10. Slade M, Bird V, Le Boutillier C et al. REFOCUS Trial: protocol for a cluster randomised controlled trial of a pro-recovery intervention within community based mental health teams. *BMC Psychiatry* 2011;11:185.

El restablecimiento desde la perspectiva del estigma

**MATTHIAS C. ANGERMEYER¹,
GEORG SCHOMERUS²**

¹Center for Public Mental Health, Gössing am Wagram, Austria; ²Department of Psychiatry, Ernst-Moritz-Arndt-University Greifswald, Germany

El restablecimiento, según lo describen Bellack y Drapalski, designa un proceso a través del cual una persona trata de vivir una vida «satisfactoria, esperanzada y contribuyente incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad», tratando de alcanzar el «potencial humano completo»

o «identidad». Por consiguiente, tiene que ver con curar la identidad, y de alguna manera suena como un eco optimista positivo a la identidad estropeada observada por Goffman (1963) en su trabajo clásico sobre el estigma (1). En muchas formas, el «restablecimiento» y el «estigma» parecen

ser conceptos relacionados pero opuestos. Mientras que el restablecimiento sostiene un vaso «medio lleno» de oportunidades, el estigma señala el vaso «medio vacío» de la discriminación y la devaluación.

Donde el establecimiento ve dificultades, el estigma identifica obstáculos. Por consiguiente, ¿es el «restablecimiento» sólo una forma nueva y positiva de describir la misma lucha constante de las personas con enfermedad mental por lograr una mejor vida»?

El restablecimiento ha introducido un nuevo tono optimista y curativo en el campo de la atención a la salud mental. Es un movimiento energizante, impulsado por el usuario que tiene como propósito metas evidentemente valiosas. Probablemente, no necesita demostrar su legitimidad ofreciendo un modelo teórico, coherente y exhaustivo. Sin embargo, si se conceptúa el restablecimiento como un modelo teórico que se presta para la valoración científica, argüimos que la perspectiva del estigma es esencial para eliminar algunos de los puntos ciegos del restablecimiento.

En su modelo de restablecimiento y autoeficacia, Bellack y Drapalski tratan de fundamentar el restablecimiento en modelos teóricos establecidos. De manera muy convincente, optan por el concepto de autoeficacia de Bandura como un elemento claro que influye en el proceso de restablecimiento y designan el estigma como un elemento que contribuye a estas experiencias personales adversas que reducen la autoeficacia y por tanto dificultan el restablecimiento. Utilizando una perspectiva individual, su modelo explica pues el estigma de realidad desalentador que crea para quienes tienen trastornos mentales. De hecho, gran parte de la investigación reciente sobre el estigma se ha enfocado en las experiencias de estigma individuales de personas con enfermedades mentales. Los estudios han analizado diferentes enfoques para hacer frente al estigma (2), resaltando la importancia de estrategias flexibles individuales. En otros estudios, se han analizado las consecuencias individuales de la autoestigma y se ha demostrado que la interiorización de los prejuicios comunes reduce la moral y la autoeficacia (3) o aumenta la hospitalización (4). Aquí, el estigma y el restablecimiento ofrecen diferentes perspectivas en experiencias individuales de personas con enfermedades mentales y, con su énfasis diferente en los recursos y

en las restricciones, estas perspectivas se complementan entre sí.

Sin embargo, la perspectiva del estigma no es genuinamente una individual. Enraizada tanto en la sociología como en la psicología social, mucha investigación sobre el estigma en las enfermedades mentales ha adoptado una perspectiva social (5), tratando de comprender el contexto cultural que conforman las experiencias individuales de las personas con enfermedades mentales y para describir los mecanismos discriminativos que actúan para su desventaja. Desde esta perspectiva social, se han desarrollado y valorado modelos teóricos, capaces de prever las actitudes del público e identificar actitudes regidas como objetivo para el cambio —pues las actitudes del público cambian— (6). Otro aspecto social importante del estigma es la discriminación estructural, que ocurre cuando estructuras como la legislación, los reglamentos, la cobertura de seguros de salud, etcétera, se establecen de una manera que pone en desventaja a miembros de una determinada minoría (7). El trabajo teórico rico sobre el estigma ha posibilitado el intercambio con otros discursos científicos sobre la discriminación, por ejemplo en relación con el racismo (8). Aquí, la perspectiva individual del establecimiento necesita completarse con la perspectiva social que ofrece la investigación del estigma. El estigma no es principalmente un problema que consista en modificar las actitudes del individuo afectado, sino de cambiar las actitudes del público. La discriminación no es principalmente un problema de adaptación individual, sino de injusticia.

Por último, una palabra de precaución parece estar justificada. El énfasis del movimiento de restablecimiento en el control que tiene el consumidor de su vida puede tener consecuencias desfavorables. Podría incrementar las atribuciones del público de responsabilidad compensada por el trastorno de los afligidos (9), manteniendo a los individuos responsables de la forma en que hacen frente a su enfermedad. Al incrementar la culpa, esto podría aumentar el estigma atribuido a la enfermedad mental en vez de reducirlo. En la actualidad en las épocas neoliberales, también hay cierto riesgo de que esta «responsabilización» (10) de los pacientes pueda a la larga originar una disminución de la inversión del público en servicios de salud mental en vez de ayudar a mejorar su calidad.

La investigación sobre el restablecimiento debiera tener presente estas restricciones a la perspectiva del restablecimiento. Probablemente la investigación en torno al restablecimiento se beneficiaría en gran parte de la revaloración de los modelos y los hallazgos que están bien establecidos, por ejemplo, en el campo de la investigación del estigma, y utilizar una gran cantidad de perspectivas para favorecer el restablecimiento. Esto sería un programa de investigación ambicioso y valioso y sería útil para implementar el restablecimiento como un elemento natural de la enfermedad mental y de atención a la salud mental.

Bibliografía

1. Goffman E. Stigma; notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1963.
2. Ilic M, Reinecke J, Bohner G et al. Protecting self-esteem from stigma: a test of different strategies for coping with the stigma of mental illness. *Int J Soc Psychiatry* 2012;58:246-57.
3. Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res* 2004;129: 257-65.
4. Rüsç N, Corrigan PW, Wassel A et al. Selfstigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. *Br J Psychiatry* 2009;195:551-2.
5. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Ann Rev Sociol* 2001;27:363-85.
6. Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A et al. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and metaanalysis. *Acta Psychiatr Scand* (in press).
7. Corrigan PW, Markowitz FE, Watson AC. Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophr Bull* 2004;30:481-91.
8. Phelan JC, Link BG, Dovidio JF. Stigma and prejudice: one animal or two? *Soc Sci Med* 2008;67:358-67.
9. Corrigan PW. Mental health stigma as social attribution: implications for research methods and attitude change. *Clin Psychol Sci Pract* 2000;7:48-67.
10. Teghtsoonian K. Depression and mental health in neoliberal times: a critical analysis of policy and discourse. *Soc Sci Med* 2009;69:28-35.

Agenciación: sus características y rol en el restablecimiento de las enfermedades mentales graves

PAUL H. LYSAKER¹, BETHANY L. LEONHARDT²

¹Roudebush VA Medical Center and Indiana University School of Medicine, Indianapolis; ²School of Psychological Science, University of Indianapolis, IN, USA

Bellack y Drapalski ofrecen un panorama pormenorizado del concepto de restablecimiento conforme ha surgido del movimiento dirigido por el consumidor. Señalan de qué manera, en paralelo con estudios empíricos que indican que el restablecimiento es más la regla que la excepción para las personas con esquizofrenia, este movimiento resalta cómo el bienestar para las personas con estos trastornos suele ser un tema profundamente subjetivo, personal y esquivo. Los autores aducen que las descripciones subjetivas de bienestar pueden no ser objetos suficientes de estudio científico y por tanto, recomiendan que se precise mejor una definición operacionalizada de los aspectos más personales del restablecimiento. El análisis se centra en los temas de la agenciación y la autoeficacia como temas cercanos a lo más importante del movimiento del consumidor y termina con una descripción de los esfuerzos por crear un cuestionario que valore estos y otros conceptos relacionados.

Para los fines de este comentario nos enfocaremos en el tema de la agenciación en la esquizofrenia, abordando su definición, rol en el restablecimiento y medición. La agenciación parece un aspecto esencial de considerar con detalle. Es el tema que conecta diferentes dominios subjetivos del bienestar y a la vez un concepto que puede verse como una de las fuerzas impulsoras inherentes al movimiento del consumidor. El movimiento de restablecimiento no es sólo una reacción a los procedimientos paternalistas, sino también una respuesta a determinados paradigmas científicos que resaltaban el desenlace como resultado de la interacción de fuerzas sociales ideológicas más generales, descuidando el rol desempeñado por personas individuales al formar su propio sentido de lo que está ocurriendo en sus vidas (1). En su esencia, el movimiento de restablecimiento afirma que las personas no son lugares pasivos en que se confrontan fuerzas biológicas

sociales, sino agentes que interpretan sus experiencias cuya construcción de significados desempeña un papel central en el resultado (2).

El establecimiento de agenciación en el contexto del restablecimiento de una enfermedad mental conlleva una gama de actividades definidas más sintéticas en las cuales las personas activamente están contribuyendo significación a sus vidas. El ser un agente en una vida con (o sin) enfermedad mental puede significar decidir hacer una cosa específica (p. ej., regresar al trabajo) o hacer valer derechos básicos mientras se hace frente a la injusticia. Sin embargo, el recapturar la agenciación también puede designar el recuperar una experiencia más general de propiedad y de autoría de los propios pensamientos, sentimientos y acciones. En consecuencia, la agenciación conlleva crear descripciones flexibles y coherentes del significado de los sucesos que pueden ser comprendidos por otros. La importancia de la agenciación y su independencia de otros aspectos de la enfermedad y de injusticia social pueden encontrarse en varias descripciones convincentes en primera persona (3,4). Estos informes demuestran cómo el establecimiento puede consistir en poder encontrar una forma de describir lo que es incorrecto y no incorrecto en la propia vida, lo que se lamenta, lo que se espera y lo que se va a hacer al respecto, todo de una manera que sea accesible y comprensible para otros. El lector de estas descripciones en primera persona se las ve ante un narrador que ha adquirido la capacidad de expresarse con una autenticidad coherente que no es reducible a esperanzas, remisión de síntomas o calidad de vida. La persona que se restablece no está leyendo de un guión o solo avalando una creencia específica. Los autores parecen estar restableciéndose en un sentido subjetivo por cuanto en sus escritos están dando significado consensualmente válido a los dilemas que afrontan en el mundo, no importa cuán difícil sea estar en ese mundo.

Si el establecimiento conlleva recaptar un sentido de agenciación, entonces parece esencial comprender las raíces de este fenómeno. Bellack y Drapalski analizan los efectos del estigma sobre la agenciación y el concepto relacionado de autoeficacia. Una gran cantidad de evi-

dencia respalda esto, pero aquí el peligro es que la falta de agenciación se comprende como básicamente un error cognitivo o creencia errónea. La agenciación según se describe en el contexto más amplio de la experiencia humana siempre es reflexiva, encarnada e intersubjetiva (5); no sólo una conclusión a la que se tiene que llegar sobre sí mismo. El ser un agente es resultado del reconocimiento y de la experiencia básica que uno tiene a un nivel corporal elemental que puede ser compartida y comprendida por otras personas. De hecho, la evidencia empírica ha demostrado una y otra vez que muchas personas con esquizofrenia luchan por percibirse a sí mismas como agentes en los paradigmas experimentales y también construyen descripciones coherentes de sí mismas como agentes durante su vida (6-9).

Esta perspectiva más amplia de la agenciación tiene repercusiones importantes para la necesidad del estudio científico del restablecimiento. En primer lugar, afirma y esclarece algunos de los efectos planteados por Bellack y Drapalski. Al comprender las exigencias intersubjetivas de la experiencia de agenciación, podemos ver que la legitimidad de las descripciones subjetivas de bienestar se basa en el hecho de si pueden o no ser comprendidas y aceptadas por otros. Esto no significa que haya respuestas objetivamente correctas o equivocadas. Por ejemplo, las descripciones significativas de las amenazas al bienestar pueden aceptar o rechazar el modelo médico y todavía ser comprendidas por otros. No es sólo que todas las descripciones de las dificultades en la vida tengan sentido. Señalamos que esto deja el campo con la necesidad de la medida que Bellack y Drapalski están cuidadosamente desarrollando pero también procedimientos para valorar cuantitativamente la coherencia y la capacidad de adaptación de las clases de sentido que las personas interpretan de la enfermedad mental a medida que se restablecen. Son ejemplos de esta alternativa necesaria las investigaciones recientes que indican que la complejidad y la coherencia de las descripciones personales de personas con esquizofrenia son un indicador de la eficacia en un programa de trabajo y también pueden mediar la repercusión de la alteración de la neurocognición en la función social (10).

Bibliografía

1. Lysaker PH, Lysaker JT. Schizophrenia and alterations in first person experience: a comparison of six perspectives. *Schizophr Bull* 2010;36:331-40.
2. Roe D, Davidson L. Self and narrative in schizophrenia: time to author a new story. *J Med Humanit* 2005;31:89-94.
3. Kean CS. Silencing the self: schizophrenia as a self-disturbance. *Schizophr Bull* 2009;35:1034-6.
4. Lampshire D. The sounds of a wounded world. In Geekie J, Randal P, Lampshire D et al (eds). *Experiencing psychosis: personal and professional perspectives*. New York: Routledge, 2012:139-45.
5. Plessner H. *Laughing and crying: a study of the limits of human behavior*. Evanston: Northwestern University Press, 1970.
6. Dimaggio G, Vanheule V, Lysaker PH et al. Impaired self-reflection in psychiatric disorders among adults: a proposal for the existence of a network of semi-independent functions. *Conscious Cognit* 2009;18:653-64.
7. Lafargue G, Franck N. Effort awareness and sense of volition in schizophrenia. *Conscious Cognit* 2009;18:277-89.
8. Raffard S, D'Argembeau A, Lardi C et al. Narrative identity in schizophrenia. *Conscious Cognit* 2010;19:328-40.
9. Stanghellini G. *Disembodied spirits and deanimated bodies*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
10. Lysaker PH, Shea AM, Buck KD et al. Metacognition as a mediator of the effects of impairments in neurocognition on social function in schizophrenia spectrum disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2010;122:405-13.

Modelos de restablecimiento del consumidor: ¿podrán sobrevivir al operacionalismo?

JANET WALLCRAFT

University of Birmingham, UK

Bellack y Drapalski han presentado claramente los argumentos en torno a la importancia del modelo de restablecimiento y cómo en la actualidad está influyendo en los sistemas de salud mental de Estados Unidos para alejarse de los servicios paternalistas que generan «sentimientos de desesperanza e impotencia». Citan el trabajo de profesionales en materia de consumidores para demostrar la índole subjetiva de las enfermedades mentales y el restablecimiento, y al mismo tiempo minan la repercusión de este trabajo al cuestionar si estos portavoces pueden ser «un subgrupo de resultado satisfactorio distintivo» (un problema que podría superarse si a todos los pacientes psiquiátricos se les alentara a describir sus casos en sus propias palabras en vez de que estos sean registrados sólo a través de las notas de casos y categorías diagnósticas).

La principal inquietud de los autores es crear una definición operacional del restablecimiento basada en la definición de la Administración de Abuso de Sustancias y Servicios de Salud Mental (SAMHSA) de Estados Unidos e introducir su medida del restablecimiento (Valoración del Restablecimiento en Personas con Enfermedades Mentales Graves de Maryland, MARS). Comienzan citando la definición más influyente del restablecimiento, la de Anthony (1). Sin embargo, junto con la mayoría de los que citan a Anthony, omiten su segundo párrafo, que es de gran importancia para los consumidores

y usuarios de servicios de salud mental, a saber: «El restablecimiento de la enfermedad mental conlleva mucho más que el restablecimiento de la enfermedad en sí. Las personas con enfermedades mentales pueden tener que restablecerse del estigma que han incorporado en su propio ser, de los efectos yatrógenos de los ámbitos de tratamiento, de la falta de oportunidades recientes para la autodeterminación, de los efectos secundarios negativos del desempleo; y de los sueños aplastados. El restablecimiento suele ser un proceso complejo y dilatado. El restablecimiento es lo que hacen las personas con discapacidades. El tratamiento, el control de casos y la rehabilitación es lo que hacen quienes ayudan para facilitar el restablecimiento» (1). La definición de Anthony es inconvenientemente larga y de manera controvertible utiliza la palabra «yatrógena», pero ayuda a lograr dos cosas: ubicar la propiedad del proceso de «restablecimiento» firmemente en la persona que se está restableciendo, y hacer hincapié en la complejidad del proceso.

La definición operacional de Bellack y Drapalski, y supuestamente el instrumento MARS, están muy vinculados a su propia perspectiva teórica de que «la agenciación personal» y «la autoeficacia» son los principios clave que sustentan el restablecimiento. La «autoeficacia» se define como una serie de creencias que sustentan el restablecimiento. La «autoeficacia» se define como una serie de creencias en torno a la propia capacidad para gestionar las experiencias internas y externas. Puesto que este es su punto de partida, no sorprende que la herramienta MARS en operación confirme que estos

aspectos psicológicos son el principal factor determinante del restablecimiento.

Al seguir la lógica de su razonamiento hasta ahora me encontré en desacuerdo con sus conclusiones y comencé a cuestionar su proceso de operacionalizar el restablecimiento.

Comienzan el proceso descartando los modelos de restablecimiento del consumidor por ser insuficientemente psicológicos. Esto en sí podría ser un punto de desacuerdo con los investigadores del consumidor, pero tal vez también es aceptable utilizar la utilidad de la operacionalización en sí. P. Bridgman estableció el concepto de la operacionalización a principios del siglo XX, para permitir a los investigadores llevar a cabo investigaciones empíricas en campos en los que las variables no tienen una esencia observable a los sentidos. Green (2) dice que Bridgman quiso proporcionar una solución simple a un problema complejo. Sin embargo, «como todas las soluciones demasiado simples para los problemas complejos, resultó que realmente no resolvió el problema siquiera». Si la medida define el concepto, que no tiene existencia esencial por sí misma, no puede haber convergencia en el descubrimiento psicológico, ya que no hay nada que descubrir. En el caso de restablecimiento, la operacionalización arriesga volver no significativos o irrelevantes los aspectos ontológicos del restablecimiento y la mayor parte del material descriptivo que claramente importa a los individuos que consideran su restablecimiento como el resultado de su viaje personal por la vida, y su proceso de darle sentido a sus propias experiencias.

Slade (3), un psicólogo del Reino Unido, encontró un problema similar al escribir sobre el restablecimiento. Hizo una distinción entre el «restablecimiento clínico» que se ha definido estrictamente, para volverlo apropiado para uso en la investigación empírica, y «el restablecimiento personal», que tiene una «gran validez ecológica —surge de las descripciones de las personas con enfermedades mentales que se describen a sí mismas como restablecidas o en restablecimiento—», pero que es más difícil de operacionalizar.

Sin embargo, Slade aduce que no es imposible utilizar la investigación cuantitativa empírica para investigar lo que ayuda al restablecimiento y señala los componentes principales que surgen de estudios descriptivos, tales como «empoderamiento, esperanza y optimismo, conocimiento y satisfacción en la vida».

El instrumento MARS es una etapa temprana de las pruebas y puede resultar un agregado valioso a la panoplia existente de medidas de restablecimiento, pero no sería prudente descartar, como lo hacen los autores, medidas basadas en conferencias de consenso e investigaciones realizadas directamente con los consumidores. Algunas de estas medidas ya se han intentado y valorado, como la Escala de Valoración del Restablecimiento (4). Esta se valoró en 1824 personas con enfermedades mentales graves y produjo cinco factores: confianza personal y esperanza, disponibilidad a pedir ayuda, orientación a metas y éxito, confianza en otros y no dominación por síntomas. En un estudio australiano (5) se observó que tenía validez convergente con otras medidas de restablecimiento y que era compatible con la bibliografía del consumidor en torno al restablecimiento.

Las relaciones sociales resultan ser otro factor clave en el restablecimiento. Un estudio sueco (6) basado en 58 descripciones de pacientes reveló que «el restablecimiento de la enfermedad mental es un proceso social en el cual los factores que ayudan tienen que ver con la calidad de las relaciones sociales, independientemente de si estas se forman en la atención al paciente hospitalizado, en circunstancias medicinales, en psicoterapia, con familias o amigos o en la compañía de otras personas en la misma situación».

Así mismo, la investigación dirigida por usuarios de servicios en el Reino Unido reveló que las relaciones eran el factor común más importante para ayudar a las personas con problemas de salud mental a crear estrategias para adaptarse (7).

Dados los hallazgos de Bellack y Drapalski de que el tratamiento orientado al restablecimiento no estaba influyendo significativamente en los resultados del restablecimiento, es necesario tener presentes todos los aspectos de lo que restablecimiento significa para los consumidores.

Tal vez, en vez de ajustar el modelo de restablecimiento para que se adapte a métodos de investigación y conceptos establecidos, sería mejor ajustar los métodos de investigación para adaptarlo al complejo concepto del restablecimiento.

Bibliografía

1. Anthony W. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J* 1993;16:11-23.
2. Green CD. Operationism again: what did Bridgman say? What did Bridgman need? *Theory and Psychology* 2001;11:45-52.

3. Slade M. *Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
4. Corrigan PW, Salzer M, Ralph RO et al. Examining the factor structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophr Bull* 2004;30:1035-41.
5. McNaught M, Caputi P, Oades LG et al. Testing the validity of the Recovery Assessment Scale using an Australian sample. *Australasian Psychiatry* 2007;41:450-7.
6. Schön UK, Denhov A, Topor A. Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness. *Int J Soc Psychiatry* 2009;55:336-49.
7. Faulkner A, Layzell S. *Strategies for living: a report of user-led research into people's strategies for living with mental distress*. London: Mental Health Foundation, 2000.

Restablecimiento: ¿es posible el consenso?

MARY O'HAGAN

International Recovery Consultant, Wellington, New Zealand

No me sentí cómoda leyendo el artículo de Bellack y Drapalski. Tal vez esto se deba a que mi viaje hasta este punto ha sido diferente al de ellos. El mío comenzó con la experiencia personal de un padecimiento mental importante y los servicios de salud mental a finales de la adolescencia y a principios de mis años 20. Desde entonces he aplicado los valores del Movimiento Internacional del Consumidor/Sobreviviente para recomendar a los servicios y a la sociedad en general el respeto a la experiencia de la locura, facilitar las vías a través de la misma y a tratarnos como ciudadanos iguales. En una palabra, estos valores se asientan en una plataforma de autodeterminación. Como comisionada en salud mental en Nueva Zelanda, tuve una responsabilidad de ayudar a explicar con claridad lo que significa un enfoque al restablecimiento en el contexto nacional. Esto comprendió una crítica de los enfoques médicos y de otros enfoques con deficiencias, un cuestionamiento del tratamiento obligatorio y la promoción de la justicia social como una clave para el restablecimiento. Estos temas no siempre son sólidos en la bibliografía del restablecimiento internacional (1).

La esencia de mi malestar probablemente nace del hecho de que no me siento en el mismo lado que los autores en la «amplia catedral» de personas que se suscriben al restablecimiento. Bellack y Drapalski parecen estar en el pasillo que carece de una crítica profunda de las creencias dominantes y estructuras que impulsan las respuestas de servicios y sociales a la locura. Para algunos de los que fuimos educados principalmente a través de nuestra experiencia personal y el análisis del movimiento del consumidor/sobreviviente, es esencial una crítica de estas creencias y estructuras para la transformación de los servicios y las sociedades de manera que respalden el restablecimiento.

Bellack y Drapalski describen el restablecimiento como un modelo, pero yo siempre lo he visto más como una filosofía. Un modelo es una plantilla, proceso o diseño que guía lo que las personas hacen, en tanto que una filosofía en este contexto es una serie de creencias que guían el valor moral que atribuimos a lo que las personas hacen. Un modelo puede valorarse empíricamente, pero una filosofía sólo puede aducirse debido a su naturaleza fundamental. Creo que debiéramos determinar el valor moral de un modelo de procedimientos antes de aplicar la investigación empírica para aprobar su

eficacia. Esto me pone en desacuerdo con el lamento de Bellack y Drapalski de que dado que «el modelo de restablecimiento» se basa en descripciones personales, estudios cualitativos y declaraciones de consenso políticas, es vago y difícil de valorar. Esto puede ser frustrante para unos psicólogos en investigación que parecen dar más importancia al empirismo que a otros valores, pero no me preocupa. También considero que los autores presentaron pocas críticas a los directivos y académicos de consumidores y sobrevivientes por no surgir con una serie de datos más ordenados que les permitiese analizar y valorar. Si este es el caso, creo que su crítica está mal fundada. Aunque hay

un número creciente de académicos de consumidores y sobrevivientes (y quién sabe —los autores tal vez se encuentre entre ellos—), son un grupo muy pequeño, disperso y con recursos deficientes. A mi entender, no hay departamentos de estudios de usuarios/sobrevivientes en alguna parte del mundo, pero desde luego hay centenares de departamentos de psicología con buenos recursos.

No me opongo a agregar las experiencias de las personas o medir los indicadores de restablecimiento en individuos o poblaciones, pero tengo la impresión de que la principal lealtad a los autores es a la aplicación de una forma de ciencia bastante reduccionista, en tanto que la mía es

la de honrar las experiencias vividas y a la justicia en los sistemas de servicios y a la sociedad en general. Es por esto que los autores y las personas con una perspectiva mundial cercana a la mía podrían tener dificultad para llegar a un consenso con respecto a cómo aplicar la investigación al restablecimiento, pero es importante que lo intentemos.

Bibliografía

1. O'Hagan M. Recovery in New Zealand: lessons for Australia? *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health* 2004;3:1-3.

Las vicisitudes del concepto de restablecimiento; o, el reto de considerar seriamente la «experiencia subjetiva»

FELICITY CALLARD

Centre for Medical Humanities, Durham University; Service User Research Enterprise, Institute of Psychiatry, King's College London, UK

«Los profesionales y los científicos no han apreciado en grado suficiente las experiencias subjetivas de las personas con enfermedades mentales graves y su capacidad para el restablecimiento de los efectos debilitantes de su enfermedad», afirman Bellack y Drapalski. Su artículo hace una contribución importante a la serie de investigaciones crecientes dedicada a contrarrestar las suposiciones erróneas en torno a los desenlaces en personas con diagnóstico de enfermedad mental grave.

Los debates científicos y filosóficos actuales con respecto a cómo conceptualizar y operacionalizar el «restablecimiento» (1-4) significan que este comentario podría dirigirse en diversas direcciones. He optado por presionar más a los autores con respecto a determinadas suposiciones consideradas en su argumento. Si bien afirman que admiten la importancia de la «experiencia subjetiva» de los usuarios de servicios, su artículo finalmente reinstala las formulaciones psicológicas ortodoxas fundadas en modelos tradicionales de objetividad, fiabilidad y validez. Sostienen que «el modelo de consumidor del restablecimiento» utiliza «conceptos vagos que no se han definido de manera objetiva» y resaltan la necesidad de «medidas más objetivas de la evolución de la enfermedad y el funcionamiento social que son consideradas como relevantes por científicos, profesionales clínicos, fa-

miliares y legisladores». Tales afirmaciones terminan desviándose de las dificultades que el «modelo de restablecimiento del consumidor» (un término global que comprende varias formulaciones diferentes) ha planteado a la forma en la cual se definen y se operacionalizan conceptos psiquiátricos clave —p. e.j., «evolución de la enfermedad», «síntomas», «funcionamiento social».

Este modelo de consumidor, en vez de ser dificultado por la «vaguedad» y su empleo de conceptos, plantea interrogantes difíciles para la psiquiatría: su compromiso de considerar con seriedad la riqueza fenomenológica y la constitución social de la experiencia subjetiva comprende reconceptuar las formas tradicionales de definir y medir el bienestar y la enfermedad. Bellack y Drapalski imponen una diferenciación entre las potenciales «repercusiones prácticas y conceptuales» del restablecimiento (que incluyen «actividad productiva como la laboral o la escolar» y «mejores relaciones sociales») y el «bienestar subjetivo del consumidor» (lo cual es implícitamente menos valorado). En cambio, algunos de los pensamientos más incisivos dificultan tal distinción, al demostrar de qué manera el propio bienestar subjetivo «constituido a través del sostenimiento de las relaciones sociales equitativas e integrado en el mismo» (5). El modelo de restablecimiento del consumidor, lejos de desviarse de la investigación de las «repercusiones prácticas y conceptuales» que yacen más allá de los problemas de bienestar individual, ha estado al frente del desarrollo de descripciones más matizadas de empodera-

miento que atienden a la transformación de lo colectivo, así como del consumidor individual. Estas descripciones implican no sólo que la agenciación individual y la autoeficacia están constituidas a través de las relaciones sociales; también significan que el modelo analítico a través del cual comprendemos y buscamos transformar e integrado y la autoeficacia fundamentalmente necesitan atender a las relaciones sociales y las desigualdades de poder que con tanta frecuencia las caracteriza. El análisis reciente de Tew et al (6) sobre el rol de los factores sociales para posibilitar e impedir el restablecimiento presentó la «autoeficacia» como sólo una de una gama más amplia de elementos importantes que comprendían identidades sociales, inclusión social y desarrollo social.

Bellack y Drapalski no son los únicos en recurrir a los conceptos familiares como la autoeficacia en el preciso momento del compromiso con los nuevos paradigmas (aquí, los modelos de restablecimiento del consumidor). Este es un indicio, creo, de las dificultades de las epistemologías y métodos psiquiátricos que surgen cuando investigadores tradicionales participan en el pensamiento y los métodos derivados del movimiento de usuarios de servicios (7). De hecho, hay debates persistentes y no resueltos en torno al grado en el cual las formas habituales de medir los desenlaces en psiquiatría (p. ej., a través del empleo de conceptos psicológicos normales, y la creación y el empleo de escalas) son conmensurables con las epistemologías subyacentes a los modelos creados por los consumidores.

Una respuesta creativa a este dilema ha sido la creación de una nueva forma de construcción de escalas, una que intenta seriamente abordar la «experiencia subjetiva» de los consumidores, más que simplemente basarse en la definición de un «buen resultado» por los profesionales clínicos.

Bellack y Drapalski describen cómo la elaboración iterativa de su escala MARS fue dirigida por seis científicos clínicos, quienes complementaron su trabajo mediante entrevistas con seis expertos independientes y un comité de consumidores. Si bien la consulta a los consumidores es un avance bien recibido con respecto a la no consulta a los consumidores, tal modelo retiene el equilibrio familiar de poder, mediante el cual el conocimiento de los consumidores con respecto al restablecimiento se ubica como mucho menos «experto» que el de los científicos clínicos y «expertos independientes». Contrastando esto con el modelo dirigido por el consumidor para crear medidas de resultados descritas por Rose et al (8), que se ha utilizado satisfactoriamente para crear medidas de resultados para la psicoterapia cognitiva conductual en la psicosis (9) y las valoraciones de la continuidad de la atención (10). Este modelo crea medidas de resultados completamente a partir de la perspectiva de los usuarios de servicios de salud mental y se basa en el razonamiento de que «son los usuarios de servicios de salud mental quienes saben desde su fuero interno cuáles tratamientos y servicios los benefician y cuáles son perjudiciales» (8).

Bellack y Drapalski sin duda no estarían de acuerdo en que el crear medidas de resultados para el restablecimiento debe seguir tal ruta, dado su razonamiento de que estas medidas también deben ser «consideradas como relevantes por científicos, profesionales clínicos, familiares o legisladores», y esto nos lleva al nudo del problema. Bellack y Drapalski desean desplazar el modelo de restablecimiento y alejarlo de «decisiones políticas» (que caracterizan al movimiento del consumidor) y dirigirlo hacia la «evidencia empírica de la validez del modelo» (que caracteriza a la práctica de la ciencia). El método alternativo de Rose et al para crear medidas de resultados demuestra que esta es una división falsa: toda evidencia empírica con relación a la validez del modelo de restablecimiento será alterada por «decisiones políticas» en torno a las perspectivas de quiénes cuentan para adjudicar un resultado satisfactorio.

Agradecimientos

Este estudio fue financiado por Wellcome Trust (086049/Z/08/Z).

Bibliografía

1. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C et al. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011;199:445-52.
2. Amering M, Schmolke M. Recovery in mental health: reshaping scientific and clinical responsibilities. Chichester: Wiley-Blackwell, 2009.
3. Davidson L, Rakfeldt J, Strauss JS. The roots of the recovery movement in psychiatry: lessons learned. Chichester: Wiley-Blackwell, 2010.
4. Pitt L, Kilbride M, Nothard S et al. Researching recovery from psychosis: a user-led project. *Psychiatr Bull* 2007;31:55-60.
5. Beresford P. Thinking about 'mental health': towards a social model. *J Ment Health* 2002;11:581-4.
6. Tew J, Ramon S, Slade M et al. Social factors and recovery from mental health difficulties: a review of the evidence. *Br J Soc Work* (in press).
7. Rose D. Collaborative research between users and professionals: peaks and pitfalls. *Psychiatr Bull* 2003;27:404-6.
8. Rose D, Evans J, Sweeney A et al. A model for developing outcome measures from the perspectives of mental health service users. *Int Rev Psychiatry* 2011;23:41-6.
9. Greenwood KE, Sweeney A, Williams S et al. Choice of Outcome In Cbt for psychoses (CHOICE): the development of a new service user-led outcome measure of CBT for psychosis. *Schizophr Bull* 2010;36:126-35.
10. Rose D, Sweeney A, Leese M et al. Developing a user-generated measure of continuity of care: brief report. *Acta Psychiatr Scand* 2009;119:320-4.

Percepciones de restablecimiento del consumidor: una perspectiva de la India

RANGASWAMY THARA

Schizophrenia Research Foundation, Chennai, India

En muchos países en vías de desarrollo, incluida la India, el movimiento del consumidor/familia todavía está en pañales, pese a que está creciendo con una fuerza gradual. También es probable que alguno de los contextos de tratamiento muy paternalistas no aprecien o busquen la opinión de los consumidores con la misma frecuencia que deberían. En este contexto, llevamos a cabo en la Fundación de Investigación de la Esquizofrenia (SCARF) un pequeño estudio explorador para verificar las perspectivas del establecimiento de la esquizofrenia del consumidor.

SCARF es una organización no lucrativa, no gubernamental, que opera servicios de pacientes ambulatorios en la zona urbana de Chennai, India, así como en las zonas rurales y semiurbanas. Se llevó a cabo un breve estudio sobre las perspectivas de los pacientes en los indicadores de restablecimiento en el departamento de pacientes externos de SCARF en Chennai entre los enfermos de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo. Un criterio de inclusión fue la presentación de una percepción por lo menos parcial (es decir, el paciente reconocía tener un trastorno mental).

De los 164 pacientes que cumplieron los criterios de incorporación y que fueron valorados durante un periodo de 30 días de trabajo, 100 proporcionaron su consentimiento para participar en el estudio. Se les hicieron preguntas abiertas con respecto a qué es lo que consideraban en los personales indicadores de restablecimiento. Después, los sometimos a una lista de posibles indicadores de restablecimiento generados con base en la bibliografía disponible, la interconsulta a otros profesionales de la salud mental y el debate previo con 25 pacientes y sus familias. Se utilizó también la técnica de tormenta de ideas mediante la cual nuevos temas generados durante las entrevistas se añadieron a la lista de la siguiente entrevista. Luego se les preguntó a los pacientes si su restablecimiento tenía que ser «externamente validado» por alguna fuente como su familia, empleador, equipo tratante o si era «interno», según el cual sólo necesitaban estar convencidos de que se habían restablecido.

De las entrevistas surgió un total de 31 indicadores. El tema más frecuente que surgió fue el equiparamiento del restablecimiento con la abolición de síntomas (88% de los respondientes) y la falta de recaídas (73%). El reanudar sus vidas normales por lo que respecta al funcionamiento (70%) y el poder asumir la responsabilidad relacionadas (62%) también se

consideraron importantes. Para 65%, el restablecimiento significaba no volver a tomar medicamentos. Un mayor número de mujeres (80%) que de hombres respondieron de esta manera.

Entre los informantes, todos los estudiantes, 71% de los desempleados, 66% de los que asistieron a un seminario protegido en SCARF y 63% de los empleados mencionaron «mantener un trabajo» como el indicador más importante del restablecimiento. Alrededor de 35% mencionó como indicadores el haberse casado y el tener niños.

Investigaciones previas de este centro han subrayado la importancia del trabajo y la ocupación en el restablecimiento de los pacientes (1,2). El hecho de que el seguro de salud en la India no cubra las enfermedades mentales y el gobierno haga poco en lo que respecta a programas de bienestar para este grupo de personas vuelve decisivo que muchos de estos pacientes, sobre todo los que provienen de grupos socioeconómicos más bajos, encuentren un trabajo para sostenerse a sí mismos y a sus familias.

Aunque los atributos personales como la autoeficacia no figuraron en la lista, parecieron ser muy centrales para muchos de los temas que surgieron (p. ej., las declaraciones sobre eficacia y situaciones sociales y de trabajo, la necesidad de continuar con la vida, de volverse independiente y de tomar decisiones por sí mismo).

Los pacientes mencionaron la validación interna con una frecuencia seis veces mayor que la validación externa. En concreto muchos pacientes afirmaron que su percepción de que eran buenos en el trabajo era más importante que la percepción del empleador.

Una característica alentadora fue que, aunque el grupo constaba de pacientes principalmente crónicos con una duración media de la enfermedad de unos 11 años, ninguno consideró que el restablecimiento era imposible de alcanzar y todos pudieron explicar con claridad los indicadores personalizados del restablecimiento.

No está claro con base en este estudio si nuestros pacientes consideraban el servicio de salud mental como demasiado paternalista y se sentían agobiados por una sensación de desesperanza e impotencia, según describieron Bellack y Drapalski. Esto precisa más investigación, posiblemente en centros de atención a la salud diversos. Al parecer esta muestra de pacientes tenía una perspectiva del restablecimiento bastante realista y asignaba un gran valor al funcionamiento social, por lo que respecta al empleo.

Bibliografía

1. Thara R, Henrietta M, Joseph A et al. Ten year course of schizophrenia – the Madras longitudinal study. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:329-36.

2. Srinivasan TN, Thara R. How do men with schizophrenia fare at work? A follow-up study from India. *Schizophr Res* 1997;25:149-54.

Restablecimiento del consumidor: un llamamiento para la cooperación entre investigadores y consumidores

SYLVESTER KATONTOKA

Mental Health Users Network of Zambia, Lusaka, Zambia

Los consumidores de servicios de salud mental, sobre todo en África, estarán de acuerdo con Bellack y Drapalski de que ahora es el tiempo para crear modelos de restablecimiento del consumidor respaldados con evidencia empírica. La evidencia sobre el tema revela que los modelos de restablecimiento tienen un enfoque biomédico de curar la enfermedad como foco primario y no promover la capacidad de los consumidores para resistir las dificultades de vivir con un trastorno de la salud mental.

Como ejemplo, Zambia tiene en dos instituciones de restablecimiento nacionales que dan cabida a 160 consumidores y que se esperaba que recibiesen financiación central para sus operaciones. Lamentablemente, por muchos años no se ha asignado financiación a estas instituciones y de ahí que la prestación de servicio resulte afectada (1). Estos centros se han convertido en un vertedero para las personas con trastornos de la salud mental, contribuyendo de manera negativa al proceso de restablecimiento. Esto es inaceptable y es una violación de los derechos humanos de personas con trastornos de la salud mental. Es una violación de derechos humanos porque niega a las personas con trastornos de la salud mental una oportunidad para lograr y mantener la máxima independencia, la capacidad vocacional y la integración completa y participación en la sociedad y en todos los aspectos de la vida (2).

Los servicios de restablecimiento deben estar disponibles para las personas con trastornos de la salud mental lo más cerca posible de sus propias poblaciones, incluso en las zonas rurales (3). Los programas de restablecimiento exhaustivos

y los servicios debieran estar organizados, fortalecidos y ampliados, basándose en la valoración interdisciplinaria de las necesidades y fortalezas individuales. Esperamos que se establezcan modelos de restablecimiento que permitan a las personas con trastornos de la salud mental realizar sus propias capacidades, trabajar en forma productiva y provechosa y poder contribuir a sus propias poblaciones (4). Esto comprende las poblaciones que buscan proporcionar un entorno que permita a las personas con trastornos de la salud mental maximizar su propio potencial, mejorar su calidad de vida y tener las mismas oportunidades y responsabilidades que las personas que no tienen trastornos. Vemos los servicios de restablecimiento como un vehículo para la reducción de la pobreza, compartir información y para que las personas con trastornos de la salud mental se responsabilicen de su propio desarrollo. En la creación de los servicios de restablecimiento tiene primordial importancia que las personas con trastornos de la salud mental participen de una manera igualitaria con otras. Por tanto es esencial promover activamente un entorno en el cual las personas con trastornos de la salud mental puedan de manera efectiva y completa participar en la construcción de modelos de restablecimiento sin discriminación. Nuestra experiencia personal representa una influencia sólida para garantizar que los modelos de restablecimiento estén basados en evidencia. Nuestra experiencia vital se mantiene lista para dirigir y guiar el desarrollo de modelos de restablecimiento centrados en el consumidor que sean integrales.

Para lograr esto se hace un llamamiento a la cooperación entre investigadores y consumidores. Este llamamiento para la alianza en el restablecimiento es crucial, pese a que no recibe la atención que merece. Las oportunidades para promover los modelos de restablecimiento

basados en evidencia están disponibles durante el crecimiento de las redes entre personas activas en el campo de la salud mental. Estas redes debieran estar integradas por profesionales, familiares y personas con trastornos de la salud mental.

La alianza es el camino a seguir. La importancia de la cooperación para crear modelos de restablecimiento basados en evidencia es que trae consigo la combinación de habilidades complementarias y una serie de conocimientos más amplia. También es rentable ya que cada socio se especializará en un determinado aspecto

del modelo de restablecimiento durante el desarrollo. Además, proporciona el apoyo moral que permite una tormenta de ideas más creativa.

Por tanto, es necesario que investigadores y consumidores inviertan en crear una alianza, de manera que los modelos de restablecimientos basados en evidencia se construyan en todo el mundo, para el beneficio de los consumidores, más específicamente para los que viven en países con bajos y medianos ingresos, pues son los peores golpeados por lo que respecta a la falta de servicios de restablecimiento.

Bibliografía

1. Hartley S (ed). CBR as part of community development. A poverty reduction strategy. London: Centre for International Child Health, University College London, 2006.
2. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B et al. World mental health: problems and priorities in low income countries. New York: Oxford University Press, 1995.
3. United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities. New York: United Nations, 2008.
4. Mayeya J, Chazulwa R, Mayeya PN et al. Zambia mental health country profile. *Int Rev Psychiatry* 2004;16:63-72.

Un enfoque empírico para la clasificación y el diagnóstico de los trastornos afectivos

DREW WESTEN¹, JOHANNA C. MALONE², JARED A. DEFIFE¹

¹Department of Psychology and Psychiatry, Emory University, 36 Eagle Row, Atlanta, GA 30322; ²Department of Psychiatry, Harvard Medical School and Massachusetts General Hospital, Boston, MA, USA

En este artículo se describe un sistema para diagnosticar los trastornos afectivos que se basó en métodos empíricos y se concibió para su utilidad clínica en el ejercicio clínico cotidiano. Una muestra nacional aleatoria de psiquiatras y psicólogos clínicos describieron a un paciente actual seleccionado de manera fortuita con una medida concebida para informantes con experiencia clínica, el Cuestionario Diagnóstico de Trastornos Afectivos (MDDQ), y formularios de investigación adicionales que se llenaron. Aplicamos el análisis de factor al MDDQ en los agrupamientos diagnósticos naturales dentro de la muestra de pacientes. El análisis generó tres dimensiones o gamas de trastorno afectivo clínicamente distintivas, compatibles con los principales trastornos afectivos que se describen en el DSM y en la ICD en las ediciones sucesivas (depresión mayor, distimia y manía), junto con un índice de riesgo de suicidio. Se determinaron los criterios diagnósticos de una manera estrictamente empírica. Los datos iniciales con el empleo de estadísticas de eficiencia diagnóstica respaldaron la exactitud de las dimensiones para distinguir diagnósticos según el DSM-IV; los análisis de regresión respaldaron la validez discriminativa de las escalas del MDDQ; y el análisis de correlaciones demostró patrones coherentes de relación con antecedentes familiares de trastornos afectivos y resultados funcionales, lo que respalda la validez. Tal vez lo que sea más importante es que las escalas diagnósticas en el MDDQ demostraron una validez creciente para prever el funcionamiento adaptativo y los antecedentes psiquiátricos con respecto y por encima del diagnóstico según el DSM-IV. Los síndromes empíricamente derivados se pueden utilizar para diagnosticar síndromes afectivos desde el punto de vista dimensional sin algoritmos diagnósticos complejos o pueden combinarse en prototipos diagnósticos que descartan la necesidad de siempre expandir las categorías de trastornos afectivos que clínicamente son complejos.

Palabras clave: Trastornos afectivos, tendencias suicidas, depresión, diagnóstico dimensional, equiparación prototípica.

(*World Psychiatry* 2012;11:172-180)

Hay dos cuestiones en la esencia del diagnóstico psiquiátrico: cómo clasificar los trastornos psicopatológicos y cómo aplicar la taxonomía para el diagnóstico de los pacientes, sobre todo en el ejercicio clínico. Los esfuerzos iniciales para abordar la primera cuestión con respecto a los trastornos afectivos implicaron un abordaje experto clínico en el cual los primeros psicopatólogos de principios del siglo XX trataron de encontrar orden en los casos clínicos que estaban atendiendo (1). Este siguió siendo el enfoque predominante hasta la década de los 70 cuando los criterios concebidos para fines de investigación resultaron útiles en la normalización del diagnóstico en diferentes lugares. Las versiones de estos criterios se convirtieron en la taxonomía oficial de los trastornos afectivos en el DSM-III (2). Desde entonces, los investigadores gradualmente han valorado los criterios para los diversos trastornos tanto para el DSM como para la ICD, pero esto ha incrementado considerablemente el número de trastornos, lo que refleja en parte el reconocimiento de que los trastornos afectivos son padecimientos de una gama en la que los pacientes presentan una serie de síntomas (3-6).

Con el surgimiento de los criterios basados en la investigación, surgió un nuevo enfoque no sólo para la clasificación (la primera interrogante central para el diagnóstico psiquiátrico) sino también para asimilar diagnósticos en el ejercicio clínico utilizando la taxonomía (la segunda interrogante). El DSM-III y las ediciones subsiguientes del DSM y la ICD proporcionaron criterios muy específicos y algoritmos para combinar tales criterios a fin de establecer un diagnóstico categórico. Las ventajas comprendieron una fiabilidad considerablemente mayor entre los evaluadores, por lo menos para fines de investigación (7,8). Sin embargo, con el tiempo, resultaron evidentes una serie de desventajas, como el sacrificar la validez por la fiabilidad, con umbrales para el diagnóstico, gravedad y duración de la enfermedad que a menudo eran arbitrarios, y un número creciente de trastornos y diagnósticos no especificados (NOS) (véase 9). Además, ha surgido un consenso

a través de una gama de trastornos, incluidos los trastornos afectivos, en el sentido de que el diagnóstico categórico (presente/ausente) no refleja la índole de la realidad clínica ni el diagnóstico dimensional (el grado en el cual está presente el síntoma) (10-12). Durante decenios, el diagnóstico dimensional realmente ha sido la norma «no oficial» en la investigación, y se han utilizado instrumentos como la Escala de Hamilton para Valorar la Depresión (13) y el Inventario de Depresión de Beck (14) para medir tanto la gravedad de la depresión como la respuesta al tratamiento, dado que un paciente en el estudio clínico puede quedar inmediatamente debajo del umbral pero mantenerse muy sintomático. Otro problema emergente fue la comorbilidad por artefacto (15,16), que refleja una serie de causas, las que comprenden series de criterios superpuestos y las características de la patología de la gama, en el cual puede no haber delimitaciones claras entre los trastornos. Un problema relacionado es la utilidad clínica. La sección del DSM-IV sobre trastornos afectivos comprende casi 100 páginas de texto e incluye tantos trastornos, cada uno con sus propios criterios, subcriterios y umbrales, que a los profesionales clínicos les resultan mínimamente útiles y por tanto a menudo no utilizan el manual según se concibió, sino más bien se basan en prototipos mentales que han elaborado en el curso de su capacitación y experiencia (17,18).

A este momento conviene plantearse si puede haber otras formas de abordar las dos interrogantes: cómo identificar síndromes y criterios diagnósticos y cómo diagnosticarlos en el ejercicio clínico. Con respecto a la primera interrogante, una alternativa empírica directa proviene de la psicometría y la elaboración de escalas. Un manual diagnóstico es en esencia una serie de «escalas» (series de criterios) para medir conceptos (diagnósticos) los cuales podrían optimizarse empíricamente aplicando procedimientos como un análisis de factores a series de problemas extensos y exhaustivos que comprenden criterios diagnósticos potenciales. El análisis de factores permite identificar dimensiones (p. ej., depresión mayor, distimia, manía)

y criterios (apartados con densidades de factores altas en estas dimensiones) que se podrían utilizar para seleccionar y elaborar diagnósticos que podrían tratarse tanto del punto de vista dimensional como categórico (como ocurre en gran parte de la medicina, por ejemplo, cuando un paciente que cruza un umbral dimensional se diagnostica como presión arterial «alta» o «alta límite»), sin la necesidad de algoritmos complejos.

Por lo que respecta a la segunda interrogante, un método para lograr el impulso tanto para los trastornos del eje I como del eje II es el equiparamiento de prototipos, que combina criterios diagnósticos en prototipos normalizados (7,19,20). Los profesionales clínicos diagnostican la similitud o la «semejanza» entre el cuadro clínico de un paciente y una serie de prototipos de la extensión de un párrafo, considerando cada prototipo como un todo, trabajando con las formas naturales, en vez de en contra de ellas, que los humanos tienden a categorizar (21,22). La semejanza con prototipos conserva un enfoque síndrómico en el diagnóstico (23), compatible con el diagnóstico según el DSM y la ICD, a la vez que permite la valoración dimensional, utilizando una escala de 1 (ninguna semejanza entre el cuadro clínico del paciente —el diagnóstico defectuoso—) a 5 (mucho semejanza). Cuando es conveniente el diagnóstico categórico (p. ej., para facilitar la comunicación clínica), las calificaciones de ≥ 4 indican que el trastorno está presente, en tanto que las calificaciones de 3 indican «manifestaciones».

Por consiguiente, en vez de distinguir múltiples categorías del trastorno bipolar, a un paciente se le diagnosticaría síntomas actuales así como un antecedente del grado en el cual tuvo prototipos semejantes de depresión mayor y manía. A un paciente que en la actualidad o con anterioridad presentó manifestaciones maníacas en un grado 3 o más se le diagnosticaría una enfermedad de la gama bipolar, en la que la índole de esa enfermedad es definida por la gravedad de los episodios maniaco/hipomaniaco y depresivos. Para la comunicación clínica, los pacientes que presentaban manifestaciones subumbral de manía y de depresión mayor se podrían describir como «ciclotímicos» y para fines de investigación, la combinación de evaluaciones en cada una de las escalas de 1 a 5 (o más escalas fiables elaboradas a través de análisis de factores) podrían ayudar a identificar a las personas aptas para diferentes formas de tratamiento o a prever desenlaces importantes como el funcionamiento global.

En este estudio derivamos de manera analítica factores de síndromes diagnósticos produciendo una serie de dimensiones que evitan la necesidad de algoritmos complejos.

MÉTODOS

Como parte de un estudio más extenso sobre la clasificación de la patología de la personalidad, establecimos contacto con una muestra fortuita norteamericana de 1201 psiquiatras y psicólogos con un mínimo de cinco años de experiencia práctica después de su especialización (8,24). Dado que los profesionales clínicos proporcionaron todos los datos y no se reveló información a los investigadores para identificar a los pacientes, los profesionales clínicos más que los pacientes proporcionaron el consentimiento informado, según lo aprobó la Junta de Análisis Institucional de la Emory University.

Les pedimos a los profesionales clínicos que describieran «un paciente adulto que en la actualidad estén tratando o valorando y que tenga patrones duraderos de pensamientos, sentimientos, motivación o conducta —esto es, patrones de personalidad—

que produzcan ansiedad o disfunción». Sin embargo, resaltamos que los pacientes no necesitan tener un diagnóstico de trastorno de la personalidad según el DSM-IV. Los pacientes cumplieron los siguientes criterios de inclusión adicionales: > 18 años de edad, sin psicosis en la actualidad y ser conocido adecuadamente por el profesional clínico, utilizando la directriz de más de seis horas de contacto clínico pero menos de dos años para minimizar factores de confusión debidos al tratamiento). Para garantizar la selección fortuita de los pacientes, los profesionales clínicos consultaron sus agendas de citas y seleccionaron al último paciente que atendieron durante la semana previa y que cumplió los criterios para el estudio.

Los profesionales clínicos llenaron el Formulario de Datos Clínicos (CDF) utilizando datos obtenidos durante el curso de las interacciones regulares en el paciente y cualesquiera datos previos disponibles (p. ej., de registros psiquiátricos), el CDF obtiene información sobre variables demográficas, diagnósticas, etiológicas (antecedentes familiares y del desarrollo) y de funcionamiento adaptativo (p. ej., 16) de observadores con experiencia clínica. Los datos del CDF muestran un importante acuerdo con los datos obtenidos de manera independiente de los pacientes (25). Para valorar los diagnósticos del eje I como naturalmente se establece en el ejercicio clínico, pedimos a los profesionales clínicos que establecieran los diagnósticos presentes o no presentes de cada uno de los trastornos más frecuentes en el DSM-IV. Por lo que respecta a las variables de antecedentes familiares, para ayudar a la memoria y maximizar la fiabilidad y validez, preguntamos específicamente sobre los familiares en primer grado y luego en torno a familiares en segundo grado e indicamos a los profesionales clínicos que respondiesen en forma conservadora si no estaban seguros.

En este estudio se utilizan datos de una submuestra aleatoria de 187 profesionales clínicos que llenaron el Cuestionario Diagnóstico de Trastornos Afectivos (MDDQ). Este es un cuestionario de 79 apartados concebido para permitir a informantes clínicamente experimentados valorar a pacientes con síntomas de trastornos afectivos, los cual fueron redactado de manera parecida a la de los criterios diagnósticos de manera que se puedan utilizar como escalas para medir de manera empírica la alteración afectiva y para identificar agrupamientos diagnósticos y criterios. Los apartados se derivaron de los actuales criterios para trastornos afectivos y también de la investigación y de la observación clínica (26,27). Se calificaron en una escala de 7 puntos.

Los 187 informantes clínicos tenían gran experiencia ($20,1 \pm 7,7$ años de experiencia práctica) y diversa en la orientación teórica, sin ninguna orientación individual admitida por $> 25\%$ de la muestra.

Sometimos los apartados del MDDQ al análisis exploratorio de factores, utilizando el porcentaje de varianza explicado, la gráfica de valores propios, el análisis paralelo (28,29), la reproducibilidad a través de procedimientos de estimación y rotaciones y la coherencia conceptual de los factores obtenidos para seleccionar el número final de factores rotados. Utilizamos una rotación Promax (oblicuas) debido a nuestra expectativa de factores correlacionados. Comunicamos aquí la solución de los mínimos cuadrados no ponderados (ULS). Después de identificar en forma empírica los agrupamientos diagnósticos, creamos escalas psicométricas para valorar cada trastorno seleccionando los apartados con las densidades de factor más altas y descartamos apartados con correlaciones bajas entre apartado y escala o correlaciones cruzadas altas (p. ej., $r \geq 0,60$) con otras escalas.

Valoramos la validez inicial de las dimensiones diagnósticas de diversas formas. En primer lugar, para evaluar la precisión

de una escala dimensional con referencia a una norma dicotómica (p. ej., confirmación/exclusión de depresión mayor según el diagnóstico el profesional clínico tratante), una curva de eficacia diagnóstica (ROC) registra en gráfica la relación entre las tasas de identificación de positivos verdaderos y positivos falsos en cada umbral de la escala dimensional. El área bajo la curva (AUC) se calcula luego como una estadística sumaria de la capacidad de la prueba para clasificar correctamente a los individuos. La estadística de la AUC permite la comparación de una capacidad discriminativa de la prueba contra el azar (en la que una AUC de $\leq 0,50$ indica la distinción al azar). Utilizamos la AUC y la regresión logística (probando si los diagnósticos empíricamente derivados pronosticaban sólo el diagnóstico que esperaban pronosticar) frente a diagnósticos clínicos naturalistas del DSM-IV valorados a partir del CDF para evaluar la validez (precisión diagnóstica).

En segundo lugar, para comparar la validez relativa de los diagnósticos categóricos de los profesionales clínicos en el DSM-IV y las dimensiones empíricamente derivadas, correlacionamos las dos series de diagnósticos con la Valoración Global del Funcionamiento (VGF) del DSM-IV, una medida combinada del funcionamiento psiquiátrico (hospitalizaciones y tentativas de suicidio) y antecedente familiar de depresión mayor y trastorno bipolar. Luego utilizamos la regresión múltiple jerárquica, pronosticando las calificaciones de VGF y los antecedentes psiquiátricos de todos los trastornos afectivos de DSM-IV según se diagnostican de manera naturalista en el paso 1 y los síndromes empíricamente derivados en el paso 2, para determinar si los diagnósticos empíricamente derivados mostraban una validez creciente con respecto al diagnóstico del DSM-IV en el ejercicio clínico. Por último, elaboramos prototipos diagnósticos de la longitud de un párrafo a partir de estas escalas que se pudiesen utilizar en el ejercicio clínico cotidiano.

RESULTADOS

Los pacientes eran 42,8% mujeres, 69% tratados en el ejercicio clínico privado (y los restantes atendidos en una gama de ámbitos, desde las clínicas ambulatorias hasta las unidades forenses), 73,3% caucásicos (y los restantes principalmente estadounidenses de origen africano o hispanoamericanos) con una media de edad de $42,6 \pm 11,5$ y que abarcaban todas las clases sociales. Las calificaciones en la VGF abarcaban una amplia gama, desde 10 hasta 92 (media $58,4 \pm 12,2$); 28,9% de la muestra habían tenido por lo menos una hospitalización psiquiátrica. Los profesionales clínicos conocían bien a los pacientes con un promedio de $17,3 \pm 26,5$ meses en tratamiento.

El análisis factorial señaló una solución de cuatro o cinco factores, en la que la solución de cuatro factores generó cuatro dimensiones coherentes, lo que contribuyó a 44,0% de la va-

rianza. Designamos los factores «depresión mayor», «distimia», «manía» y «riesgo de suicidio» y creamos escalas psicométricas constituidas por seis a 19 apartados. La consistencia interna (fiabilidad) de cada escala fue muy alta (tabla 1). Esperábamos correlaciones cruzadas sustanciales entre las escalas debido a que todas estaban midiendo la patología afectiva y porque la investigación ha demostrado que los trastornos afectivos son parte de una gama de interiorización más amplia (30,31). Las intercorrelaciones fueron moderadas según se previó, lo que señala trastornos independientes en una gama más amplia (tabla 2).

Las escalas mostraron una gran precisión diagnóstica. La tabla 3 presenta las estadísticas de desempeño en la AUC por cada dimensión en la clasificación de los pacientes con respecto a su diagnóstico clínico o antecedente de tentativas de suicidio. Los análisis de regresión logística escalonada presentados en la tabla 4 ilustran que las escalas también tienen una gran validez discriminativa (es decir, pueden distinguir los trastornos casi vecinos). Las dimensiones pronosticaron los conceptos diagnósticos que se esperaba pero no los que no se esperaba que pronosticaran. Por ejemplo, la depresión mayor pronosticaba en grado significativo sólo un diagnóstico clínico de trastorno depresivo mayor; la distimia pronosticaba en grado significativo sólo un diagnóstico de trastorno distímico; las calificaciones de manía pronosticaban diagnósticos de trastorno bipolar 1, trastorno bipolar 2 y ciclotímico, pero no trastorno depresivo mayor o trastorno distímico (trastornos de la gama unipolar); y las calificaciones de riesgo de suicidio pronosticaban en grado significativo las tentativas de suicidio previas.

Como una prueba adicional de la validez (tabla 5), comparamos las dimensiones del trastorno afectivo con los diagnósticos en el DSM-IV establecidos por los profesionales clínicos para pronosticar el funcionamiento adaptativo, los antecedentes psiquiátricos y los antecedentes familiares de depresión mayor y trastorno bipolar. Los diagnósticos empíricamente derivados mostraron un patrón previsible de relaciones con estas variables, siendo más altas las correlaciones que los diagnósticos de los profesionales clínicos conforme al DSM-IV.

Para valorar la validez creciente de las dimensiones derivadas en relación con los diagnósticos categóricos en el DSM-IV, utilizamos la regresión lineal jerárquica para las calificaciones en la VGF y una variable combinada de antecedentes psiquiátricos (hospitalizaciones psiquiátricas y tentativas de suicidio), el ingreso en los diagnósticos del DSM-IV en el paso 1 y los diagnósticos empíricamente derivados en el paso 2 (tabla 6). En los dos casos las dimensiones empíricamente derivadas superaron a los diagnósticos en el DSM-IV, lo que explica la varianza creciente por encima y más allá de los diagnósticos de trastorno afectivo. Los factores de inflación de la varianza fluctuaron desde 1,2 hasta 1,8 con una media de 1,4, lo que indicó que no hubo violaciones de las suposiciones de multicolinealidad de la regresión múltiple.

Por último, utilizamos las declaraciones del MDDQ que comprendían las escalas para cada trastorno en la elaboración de prototipos que se pudiesen utilizar en el DSM-V o en la ICD-11 para diagnosticar a los pacientes en el ejercicio clínico cotidiano (véase ejemplo de prototipo de depresión mayor en la figura 1).

DISCUSIÓN

Pese a los enormes avances en la comprensión de los trastornos afectivos, más de 30 años de ajustes crecientes a las categorías y criterios han dado por resultado una serie flore-

Tabla 1. Fiabilidades de escala e intercorrelaciones

	Depresión mayor	Distimia	Manía	Riesgo de suicidio
Fiabilidad (coeficientes alfa)	.94	.94	.88	.92
Intercorrelaciones				
Depresión mayor				
Distimia	.50*			
Manía	.23*	-.05		
Riesgo de suicidio	.58*	.35*	.25*	

* $p \leq 0.001$

Tabla 2. Correlaciones entre apartados y escala

	Depresión mayor	Distimia	Manía	Riesgo de suicidio
<i>Depresión mayor</i>				
Se ve triste, infeliz o abatido	.83**	.48**	.10	.49**
Está fatigado, cansado o sin energía, las actividades cotidianas precisan un enorme esfuerzo	.82**	.39**	.15*	.45**
El estado afectivo está constantemente deprimido; no responde a esfuerzos para «alegrarlo»	.82**	.43**	.04	.51**
No puede disfrutar de los intereses y actividades habituales	.80**	.33**	.07	.43**
Refiere sentirse triste, infeliz o abatido	.79**	.54**	.07	.46**
El estado de ánimo deprimido tiene una repercusión importante en la capacidad para funcionar en el trabajo, en la escuela, etcétera	.79**	.39**	.13	.36**
Tiene problemas para disfrutar de sí mismo; obtiene escaso placer de la vida	.79**	.43**	.03	.45**
La depresión o la agitación interfieren en la capacidad para concentrarse; tiene problemas de lectura, para sostener una conversación, etcétera	.75**	.33**	.30**	.49**
Se siente desesperanzado con respecto al futuro	.71**	.46**	.14	.55**
El estado afectivo deprimido parece cualitativamente diferente de los estados afectivos previos (incluso la tristeza ordinaria), como si hubiese descendido una nube o neblina	.71**	.32**	.20**	.34**
Está emocionalmente paralizado; tiene problemas para tomar las decisiones cotidianas	.67**	.46**	.14	.42**
Tiende a despertarse a media noche; tiene problemas para mantenerse dormido	.66**	.30**	.32**	.42**
Parece lento en pensar, hablar, moverse, etcétera	.65**	.32**	.15*	.33**
Ha perdido interés en amigos, relaciones, etcétera	.65**	.21**	.20**	.36**
Tiene problemas para quedarse dormido; tiene insomnio inicial	.64**	.23**	.34**	.40**
Se despierta temprano por la mañana y no puede volver a dormir	.60**	.28**	.13	.35**
La depresión es notablemente peor por la mañana	.58**	.21**	.22**	.33**
Los brazos y las piernas se sienten «pesados» o con pies de plomo	.54**	.21**	.27**	.22**
Tiene disminución del apetito	.52**	.20**	.08	.35**
<i>Distimia</i>				
Se siente culpable	.45**	.86**	-.05	.34**
Tiende a volverse autocrítico en vez de legítimamente enojado con otros	.38**	.86**	-.14	.26**
Tiende a culparse a sí mismo por malas cosas que ocurren; atribuye los infortunios a sus propios rasgos o atributos psicológicos persistentes	.42**	.82**	-.07	.29**
Se siente inferior, inadecuado, incompetente o fracasado	.59**	.82**	.02	.47**
Tiende a sentir que ha decepcionado a otras personas	.42**	.80**	-.03	.29**
Se preocupa por decepcionar a otros allegados	.36**	.80**	-.14	.21**
Tiende a rumiar con respecto a errores previos percibidos, malas acciones, etcétera	.45**	.79**	-.02	.34**
Es autocrítico; se impone normas altas para sí mismo y crónicamente teme no alcanzarlas (no califica para los sentimientos de inadecuación no acompañados de altos estándares)	.44**	.78**	-.08	.31**
Tiene baja autoestima	.58**	.77**	.04	.39**
Se esfuerza mucho para evitar ser criticado o rechazado	.20**	.75**	-.06	.08
Tiende a temer el rechazo o el abandono por allegados	.40**	.68**	.07	.33**
Obtiene un sentido de autovalía de las valoraciones de otros; necesita aprobación, confortamiento, etcétera	.16*	.62**	.11	.08
Obtiene sensación de autovalía de logros y hazañas	-.01	.43**	-.14	-.03
<i>Manía</i>				
El estado de ánimo presenta ciclos rápidos entre estados de excitación, irritabilidad o manía y estados deprimidos o mixtos durante un periodo relativamente breve (semanas o meses)	.22**	.08	.74**	.23**
Asume riesgos indebidos (p. ej., aventuras económicas, conducción temeraria, actividades ilegales) con preocupación mínima por las consecuencias, de una manera que difiere de su funcionamiento habitual	.12	-.15*	.71**	.16*
El estado de ánimo anormalmente excitado, expansivo o irritable conduce a alteraciones en el funcionamiento laboral habitual, las actividades sociales o relaciones o necesita hospitalización	.17*	-.01	.70**	.15*

Tabla 2. Correlaciones entre apartados y escala (Continúa)

	Depresión mayor	Distimia	Manía	Riesgo de suicidio
<i>Manía</i>				
Tiene una energía ilimitada de una manera que difiere de su funcionamiento habitual	.16*	.03	.65**	.15*
Su lenguaje es rápido, continuo o presurizado, de una manera que difiere de su funcionamiento habitual	.15*	.08	.64**	.13
Tiene una conducta de búsqueda de emociones intensas o por lo demás impulsada por recompensas de «alta ganancia» (p. ej., jugar, gastar, relaciones sexuales indiscriminadas) en una forma que difiere de su funcionamiento habitual	.02	-.18*	.64**	.08
Salta rápidamente de una idea a otra en una forma que puede dificultar la comunicación	.15*	.05	.64**	.19*
Experimenta pensamientos como acelerados o que surgen «a un kilómetro por minuto», en una forma que difiere de su funcionamiento habitual; puede sentir que sus pensamientos aparecen con tal rapidez que no puede seguirlos	.26**	.15*	.64**	.23**
Es explosivo o inmediatamente se encoleriza en una forma que difiere de su funcionamiento habitual	.20**	-.12	.59**	.28**
Se enoja o se vuelve irritable con más facilidad que lo habitual; tiene una «pequeña rabieta»	.27**	-.11	.58**	.20**
Es hipersexual, en una forma que difiere de su funcionamiento habitual	-.00	-.16*	.57**	.05
Es inquieto, caprichoso o incapaz de sentarse tranquilo; tiene agitación psicomotriz	.18*	.06	.57**	.22**
Es ambicioso excesivamente autoconfiado (p. ej., cree que puede «hacer cualquier cosa») en una forma que difiere de su funcionamiento habitual	-.05	-.26**	.48**	-.03
Tiene escasa necesidad de sueño (p. ej., se siente descansado después de sólo algunas horas de sueño)	.08	-.01	.48**	.06
El estado de ánimo cambia constantemente en forma espectacular con los cambios en las estaciones (p. ej., el estado de ánimo se agrava durante el invierno)	.26**	.10	.45**	.16*
Tiene un dinamismo poco habitual o dirigido a metas (socialmente, en el trabajo, o en la escuela, etc.) en una forma que difiere de su funcionamiento habitual	.04	.10	.40**	.02
Los pensamientos y el lenguaje parecen demasiado expansivos, filosóficos o abstractos, en una forma que difiere de su funcionamiento habitual	-.02	.01	.40**	.07
<i>Riesgo de suicidio</i>				
Desearía estar muerto o siente que estaría mejor muerto	.59**	.36**	.16*	.90**
Es consumido por pensamientos suicidas	.52**	.32**	.23**	.90**
Considera que no vale la pena vivir	.67**	.38**	.17*	.86**
Tiene planes de suicidio bien elaborados	.39**	.21**	.17*	.86**
Ha tenido tentativas de suicidio genuinas	.40**	.16*	.23**	.81**
Se ha lesionado deliberadamente sin intentar suicidarse (p. ej., cortándose o quemándose)	.36**	.30**	.30**	.74**

*p < 0,05; **p < 0,01.

Tabla 3. Resultados de la curva de eficacia diagnóstica (ROC) para la predicción de las dimensiones del Cuestionario Diagnóstico del Trastorno Afectivo (MDDQ) de diagnósticos de trastorno afectivo correspondiente y antecedentes de suicidio

Dimensiones en el MDDQ	Diagnósticos clínicos	Área bajo la curva	Error estándar
Depresión mayor	Trastorno depresivo mayor	.78*	.04
Distimia	Trastorno distímico	.67*	.04
Manía	Trastorno bipolar I	.83*	.07
	Bipolar II o ciclotimia	.78*	.07
Riesgo de suicidio	Tentativa de suicidio previa	.87*	.03

*p ≤ 0.001

ciente de trastornos y algoritmos diagnósticos que son difíciles de manejar en el ámbito clínico. Los sistemas diagnósticos actuales de uso generalizado en la actualidad reflejan tremendos conocimientos obtenidos de investigación, teoría y práctica.

Nuestro estudio se basa en estos conocimientos al incluir criterios del DSM-IV y la ICD-10 así como los apartados obtenidos de la investigación y la observación clínica del instrumento a partir del cual derivamos las dimensiones diagnósticas (p. ej., 13, 14, 27).

Los resultados del análisis factorial fueron concordantes con los diagnósticos mayores que han evolucionado durante un siglo de clasificación psiquiátrica, la identificación de tres trastornos (depresión mayor, distimia y manía) así como los indicadores de riesgo de suicidio. Si bien la depresión mayor y la distimia podrían haberse correlacionado tanto que el análisis de factores no podría distinguirlas, fueron de hecho claramente diferentes. Los criterios empíricamente derivados para estos trastornos fueron una mezcla de criterios diagnósticos actuales, descripciones basadas en la observación clínica y otra investigación relevante no abordada en las taxonomías actuales, como la diferenciación, común a la teoría cognitiva-conductual de Beck (26) y la teoría psicoanalítica de Blatt (27), de dos rutas hacia la vulnerabilidad para los trastornos depresivos, una que refleja la autocrítica y la otra las inquietudes interpersona-

Tabla 4. Análisis de regresión logística (anterógrada) de las variables del Cuestionario Diagnóstico del Trastorno Afectivo (MDDQ) como indicadores de diagnósticos de trastorno afectivo por el profesional clínico y antecedente de suicidio notificado

		b	b de EE	Wald	Exp(B) (oportunidades relativas)	-2 log de probabilidad	R² de Nagelkerke
Trastorno depresivo mayor						185.35	.39
	MDDQ-depresión mayor	1.00	.21	22.46**	2.71		
	MDDQ-manía	-.97	.28	11.90**	.38		
Trastorno distímico						225.16	.19
	MDDQ—distimia	.40	.13	9.09*	1.05		
	MDDQ—manía	-.79	.25	9.85*	.45		
Trastorno bipolar						63.34	.29
	MDDQ—manía	1.24	.38	10.77**	3.47		
Ciclotimia o bipolar II						74.29	.20
	MDDQ—manía	1.26	.37	11.41**	3.54		
Antecedente de tentativas de suicidio						129.32	.47
	MDDQ—riesgo de suicidio	1.12	.22	26.56**	3.05		

*p < 0,001; **p ≤ 0,001.

Tabla 5. Correlaciones entre las dimensiones en el Cuestionario Diagnóstico del Trastorno Afectivo (MDDQ) y diagnósticos de profesionales clínicos según el DSM-IV con variables de resultados y de antecedentes

	Diagnósticos dicotómicos por el profesional clínico (n = 1201)					Dimensiones en el MDDQ (n = 187)		
	Depresión mayor	Distimia	Trastorno bipolar	Ciclotimia o bipolar II	Trastorno afectivo NOS	MDDQ—depresión mayor	MDDQ—distimia	MDDQ—manía
Calificación en la Valoración Global del Funcionamiento (VGF)	-.28***	.07*	-.18***	-.09**	-.07*	-.48***	-.24***	-.26***
Antecedentes psiquiátricos ^a	.19***	-.03	.18***	.10***	-.01	.35***	.07	.29***
En relación con depresión mayor	.19***	.07*	-.01	.05	-.06*	.24***	.26***	.08
En relación con trastorno bipolar	.00	-.06*	.21**	.13***	-.04	.04	-.03	.19**

^aMedia normalizada de hospitalización y tentativa de suicidio; * p < 0,05, ** p < 0,01, ***p ≤ 0,001.

les como la pérdida y el rechazo. Los resultados hablan de las fortalezas de la nosología actual, dado que el análisis de factores reprodujo empíricamente los tres trastornos de la gama afectiva pese al hecho de que el instrumento incluyó múltiples apartados no contemplados en el DSM o en la ICD y que los trastornos se superponen en lo que respecta a fenomenología y etiología (15,30-32).

El estudio proporcionó evidencia inicial para la validez de las dimensiones diagnósticas empíricamente derivadas. Las estadísticas de eficiencia diagnóstica y las regresiones logísticas indicaron que las dimensiones identificadas pronosticaban los diagnósticos naturalistas de los profesionales clínicos, con un patrón indicativo de la validez convergente y discriminativa, aunque es claramente necesaria la investigación futura con evaluadores independientes. Así mismo, en el análisis correlativo, las dimensiones empíricamente derivadas fueron indicadores más sólidos del funcionamiento global, los antecedentes psiquiátricos y los antecedentes familiares con sus correspondientes diagnósticos según el DSM-IV. Tal vez resulte más extraordinario que los análisis de regresión jerárquica mostrasen datos sólidos indicativos de la validez creciente de las dimensiones empíricamente derivadas por encima y más allá de los diagnósticos naturalistas de trastorno afectivo por el personal clínico

para pronosticar las valoraciones en la VGF y los antecedentes psiquiátricos, con los diagnósticos en el DSM saliéndose de la ecuación cuando se incluían las dimensiones empíricamente derivadas. La única excepción parcial fue para los trastornos bipolares, lo que demuestra la importancia de valorar no sólo los síntomas actuales (como se hizo con el MDDQ en este estudio) sino también episodios previos que son decisivos para distinguir la depresión unipolar y la bipolar.

Pese a las formas en que nuestros resultados son compatibles con las formas actuales de diagnosticar los trastornos afectivos, los datos también indican aspectos divergentes importantes que podrían tanto enriquecer como simplificar el diagnóstico. Tal vez más importante sea el consenso de investigadores y profesionales clínicos de que los trastornos clínicos se representan mejor en dimensiones que a través de múltiples diagnósticos categóricos que representan variantes de la misma gama patológica. Por ejemplo, el DSM-IV define el trastorno bipolar I en términos de la presentación de manía de umbral completo en combinación con un antecedente de algún grado de gravedad de los episodios depresivos, por lo general pero no siempre cumpliendo los criterios de un trastorno depresivo mayor. En cambio, define el trastorno bipolar II en términos de un antecedente positivo de depresión mayor en combinación con un antecedente de

Tabla 6. Validez creciente de las dimensiones en el Cuestionario Diagnóstico de Trastorno Afectivo (MDDQ) con respecto al diagnóstico naturalista por el clínico para pronosticar la Valoración Global del Funcionamiento (VGF) y antecedentes psiquiátricos

	β estand	R	R ² ajustada	/R ²
<i>Calificación en la VGF</i>				
Bloque 1: Diagnóstico afectivo por el clínico		.32	.09	.11***
Depresión mayor	-.23***			
Distimia	.03			
Trastorno bipolar	-.19**			
Ciclotimia o bipolar II	-.07			
Bloque 2: Diagnóstico por clínico y dimensiones en MDDQ		.54	.26	.18***
Depresión mayor	-.05			
Distimia	.06			
Trastorno bipolar	-.14*			
Ciclotimia o bipolar II	-.02			
MDDQ—depresión mayor	-.39***			
MDDQ—distimia	-.08			
MDDQ—manía	-.12			
<i>Antecedentes psiquiátricos (media normalizada de hospitalizaciones y tentativas de suicidio)</i>				
Bloque 1: Diagnóstico afectivo por el clínico		.32	.08	.10***
Depresión mayor	.19**			
Distimia	-.10			
Trastorno bipolar	.19**			
Ciclotimia o bipolar II	.09			
Bloque 2: Diagnóstico por el clínico y dimensiones en MDDQ		.45	.17	.10***
Depresión mayor	.09			
Distimia	-.08			
Trastorno bipolar	.12*			
Ciclotimia o bipolar II	.05			
MDDQ—depresión mayor	.30***			
MDDQ—distimia	-.06			
MDDQ—manía	.15*			

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p ≤ 0,001

hipomanía. La ciclotimia es definida por una mezcla de depresión mayor subumbral y manía subumbral (hipomanía).

Los problemas con este enfoque son muy numerosos. Lo que es más importante, los umbrales para el episodio depresivo mayor lo mismo que para la manía son arbitrarios, de manera que un episodio depresivo mayor precisa por lo menos cinco de nueve síntomas del criterio A durante un periodo arbitrario de dos semanas, así que cuatro de nueve síntomas podrían llevar a un diagnóstico de trastorno bipolar II, ciclotimia, trastorno depresivo no especificado o trastorno bipolar no especificado. Un sistema dimensional, sea adoptando las escalas identificadas aquí en forma empírica o simples diagnósticos de cinco puntos utilizados para la semejanza con prototipos de descripciones de la longitud de un párrafo derivadas de esas escalas, evita umbrales arbitrarios y diferenciaciones diagnósticas categóricas, pero permite valorar en la investigación multifactorial la cuestión de cuáles combinaciones o dosis de diferentes tratamientos son más útiles para cuál grado cuantitativo de antecedente previo o actual de alteraciones de la gama de la depresión mayor, la gama de la distimia o de la gama de la manía.

Un problema relacionado es la falta de algún indicio de la superioridad de los algoritmos diagnósticos complejos que representan el DSM-IV tan difícil de utilizar con respecto a un método de semejanza con prototipo simple para el diagnóstico clínico (o, para fines de investigación, una serie de escalas del tipo derivadas aquí empíricamente, en la cual la media de valoraciones de apartado reemplaza a los algoritmos complejos). Dado que algunos pacientes tienen manifestaciones atípicas (p. ej., caracterizadas más por agitación que por una sensación subjetiva de tristeza), esto podría fácilmente llevar a un profesional clínico o a un investigador al diagnóstico erróneo de un paciente en medio de un episodio depresivo mayor claro. En cambio, al emplear un enfoque de semejanza con un prototipo, los profesionales clínicos sólo tomarían tres decisiones diagnósticas: en qué grado la presentación de este paciente semeja a los prototipos de depresión mayor, distimia y manía (y en qué grado posiblemente el paciente cumplió cada una de ellas en el pasado). Como la descripción del prototipo de depresión mayor derivado en este estudio lo indica (fig. 1), los profesionales clínicos tendrían escasas dificultades para reconocer los

Por cada diagnóstico sírvase formar una impresión general de la presentación de los síntomas del paciente. Luego califique el grado en el cual el cuadro clínico del paciente se corresponde con el prototipo o se le parece.

5. Muy buena semejanza (el paciente es un ejemplo de este trastorno; caso prototípico)	Diagnóstico
4. Buena semejanza (el paciente tiene este trastorno, y se aplica el diagnóstico)	
3. Semejanza moderada (el paciente tiene manifestaciones importantes de este trastorno)	Manifestaciones
2. Semejanza leve (el paciente tiene manifestaciones leves de este trastorno)	
1. Ninguna semejanza (no se aplica la descripción)	

Depresión mayor

Declaración resumida: los individuos con depresión mayor tienden a estar tristes y abatidos en una forma que difiere de su estado afectivo normal, obtener escaso placer de la vida y sus intereses y actividades habituales y tener signos somáticos de depresión tales como alteraciones del sueño y el apetito.

Los pacientes que se corresponden con este prototipo tienen el aspecto o refieren sentirse deprimidos o abatidos. Su estado afectivo parece cualitativamente diferente de su estado normal (o de su tristeza ordinaria), como si una nube descendiese sobre ellos. Constantemente están deprimidos y no responden excepto tal vez momentáneamente a esfuerzos para «alegrarlos». Su estado deprimido probablemente tenga una repercusión importante en su capacidad para funcionar en el trabajo, la escuela, etcétera. Los individuos que se corresponden con este prototipo tienen problemas para disfrutar de sí mismos, obtienen escaso placer de la vida y se sienten sin esperanza en torno al futuro. No pueden disfrutar de sus intereses habituales y actividades y tienden a perder interés en amigos, conocidos y otras relaciones. Se sienten fatigados, cansados o carentes de energía, de manera que las actividades cotidianas pueden precisar un enorme esfuerzo. Sus brazos y sus piernas pueden sentirse «pesadas» o con pies de plomo, y pueden parecer lentos en su pensamiento, lenguaje, movimiento, etcétera. La depresión o la agitación no características pueden interferir en su capacidad para concentrarse (p. ej., pueden tener problemas para leer o sostener una conversación). Pueden sentirse emocionalmente paralizados y tienen problemas para tomar decisiones cotidianas. Los individuos que se corresponden con este prototipo tienden a tener cambios somáticos junto con su estado de ánimo deprimido y letargia, tales como disminución del apetito o una pérdida del interés por los alimentos. Pueden tener una variación diurna en sus síntomas y la depresión es notablemente peor por la mañana. Experimentan una gama de trastornos del sueño, tales como el despertarse a media noche, el tener problemas para mantenerse dormido o para dormirse y el despertarse temprano por la mañana y no poder volverse a dormir.

Figura 1. Prototipo diagnóstico de depresión mayor.

trastornos o distinguirlos entre sí, reduciendo probablemente la comorbilidad artificial entre sí así como con otros trastornos circunvecinos (p. ej., trastorno por ansiedad generalizada).

Como lo adjuntemos en otra parte (véase 33), para los trastornos en los cuales un determinado paciente tiene por lo menos manifestaciones clínicamente importantes (valoraciones de prototipo ≥ 3 en una escala de 5 puntos), los profesionales clínicos podrían hacer valoraciones secundarias de la gravedad del síndrome o de subsíndromes (p. ej., experiencia subjetiva de depresión, síntomas somáticos), edad de inicio del primer episodio, número de episodios previos y la presentación o no de síntomas psicóticos (para la depresión mayor y para la manía) u otras dimensiones que resultan empíricamente útiles a medida que surge nueva investigación, como los ciclos rápidos o la estacionalidad. Para la distimia, por ejemplo, las valoraciones secundarias de la duración (duración en número de años) y la persistencia de los síntomas durante el día probablemente generarían más información, desde un punto de vista clínico al igual que desde la perspectiva de la investigación, que una regla a priori y arbitraria de que los síntomas deben estar presentes la mayor parte del día todos los días durante dos años.

El estudio actual tiene varias limitaciones. En primer lugar, los pacientes fueron seleccionados por profesionales clínicos si tenían por lo menos un mínimo de patología de la personalidad (dado que la investigación fue parte de un proyecto taxonómico más amplio sobre patología de la personalidad). Sin embargo, no fue necesario ningún diagnóstico de un trastorno de la personalidad del eje II. Westen y Arkowitz-Westen (34) han demostrado que los trastornos de la personalidad subumbral ocurren en la mayoría de los pacientes que reciben tratamiento por trastornos del eje I, sobre todo trastornos afectivos, de

manera que es improbable que esta muestra difiera mucho de una selección más completamente fortuita de pacientes atendidos en contextos clínicos. El hecho de que surgiesen en esta muestra factores coherentes relativos al trastorno afectivo pese a esta potencial fuente de sesgo indica que los hallazgos son muy robustos al error de muestreo. No obstante, en investigaciones futuras se debiera utilizar muestras clínicas generales (p. ej., de estudios de campo) y datos de entrevistas de investigación (p. ej., 35).

En segundo lugar, el estudio se basó en un solo informante por paciente, el profesional clínico tratante. Investigaciones previas han respaldado la utilización de calificaciones de profesional clínico-informante utilizando múltiples instrumentos concebidos para informantes clínicamente experimentados, lo que se correlaciona sólidamente con los datos proporcionados por entrevistadores psiquiátricos (36-38) y autoinformes de pacientes (25). Así mismo, los profesionales clínicos son los principales usuarios de manuales diagnósticos y el basarse en la observación clínica cuantificada en su diseño proporciona un complemento importante e infrautilizado a la autonotificación y las calificaciones de entrevistas estructuradas. No obstante, se necesitan investigaciones futuras para determinar tanto la magnitud en la cual los diagnósticos clínicos de estos síndromes empíricamente derivados se corresponden con diagnósticos establecidos por otros observadores, y si las versiones prototípicas de ellos muestran las mismas ventajas que los apartados individuales (criterios) basados en valoraciones.

Una limitación final es el empleo de una muestra exclusivamente norteamericana. En culturas en las cuales a psiquiatras y otros profesionales de la salud mental les preocupa que los criterios diagnósticos identificados aquí podrían no incluir apartados culturalmente pertinentes, no obstante, la serie de 79 apar-

tados del MDDQ podría expandirse para incluir más indicadores culturalmente específicos hipotéticos, y se podría llevar a cabo rápidamente un análisis de factores con una muestra de tamaño adecuado. Los resultados podrían respaldar o descartar hipótesis sobre la necesidad de añadir criterios o síndromes relevantes a esa cultura. La ventaja de ese enfoque es que permite a los clínicos hacer lo que hacen bien (observar) y deja a los procedimientos estadísticos que hagan lo que hacen bien (combinar datos).

Agradecimiento

Esta investigación fue financiada con las becas R01-MH62377 y R01-MH78100 del National Institute of Mental Health.

Bibliografía

- Kendler KS. An historical framework for psychiatric nosology. *Psychol Med* 2009;39:1935-41.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.
- Phelps J, Angst J, Katzow J et al. Validity and utility of bipolar spectrum models. *Bipolar Disord* 2008;10:179-93.
- Benazzi F. Bipolar II disorder and major depressive disorder: continuity or discontinuity? *World Psychiatry* 2003;4:166-71.
- Cassano GB, Frank E, Miniati M et al. Conceptual underpinnings and empirical support for the mood spectrum. *Psychiatr Clin North Am* 2002;25:699-712.
- Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol* 1996;16:4-14S.
- Westen D, Heim A, Morrison K et al. Simplifying diagnosis using a prototype-matching approach: Implications for the next edition of the DSM. In: Beutler LE, Malik ML (eds). *Rethinking the DSM: a psychological perspective*. Washington: American Psychological Association, 2002:221-50.
- Westen D, Shedler J, Bradley R. A prototype approach to personality disorder diagnosis. *Am J Psychiatry* 2006;163:846-56.
- Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. Operational criteria. *World Psychiatry* 2011;10:81-2.
- Brown TA, Barlow DH. Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the diagnostic and statistical manual of mental disorders and beyond. *J Abnorm Psychol* 2005;114:551-6.
- Brown TA, Barlow DH. A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychol Assess* 2009;21:256-71.
- Widiger TA. Personality and psychopathology. *World Psychiatry* 2011;10:103-6.
- Hedlund JL, Viewig BW. The Hamilton Rating Scale for Depression: a comprehensive review. *J Operational Psychiatry* 1979;10:149-65.
- Beck AT, Steer RA, Ball R et al. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess* 1996;67:588-97.
- Krueger RF, Markon KE. Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol* 2006;2:111-33.
- Westen D, Shedler J. Revising and assessing Axis II, Part 1: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *Am J Psychiatry* 1999;156:258-72.
- Jampala V, Sierles F, Taylor M. The use of DSM-III-R in the United States: a case of not going by the book. *Compr Psychiatry* 1988;29:39-47.
- Morey LC, Ochoa ES. An investigation of adherence to diagnostic criteria: clinical diagnosis of the DSM-III personality disorders. *J Pers Disord* 1989;3:180-92.
- Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry* 2012;11:16-21.
- Westen D, Shedler J. A prototype matching approach to personality disorders: toward DSM-V. *J Pers Disord* 2000;14:109-26.
- Ahn W, Kim NS, Lassaline ME et al. Causal status as a determinant of feature centrality. *Cogn Psychol* 2000;41:361-416.
- Kim NS, Ahn W. Clinical psychologists' theory-based representations of mental disorders predict their diagnostic reasoning and memory. *J Exper Psychol* 2002;131:451-76.
- Horowitz LM, Post DL, de Sales French R et al. The prototype as a construct in abnormal psychology: 2. Clarifying disagreement in psychiatric judgments. *J Abnorm Psychol* 1981;90:575-85.
- Westen D, Shedler J. Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): integrating clinical and statistical measurement and prediction. *J Abnorm Psychol* 2007;116:810-22.
- DeFife JA, Drill R, Nakash O et al. Agreement between clinician and patient ratings of adaptive functioning and developmental history. *Am J Psychiatry* 2010;167:1472-8.
- Beck AT, Epstein N, Harrison R. Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *Br J Cogn Psychother* 1983;1:1-16.
- Blatt SJ, Zuroff DC. Interpersonal relatedness and self-definition: two prototypes for depression. *Clin Psychol Rev* 1992;12:527-62.
- Horn J. An empirical comparison of methods for estimating factor scores. *Educational and Psychological Measurement* 1965;25:313-22.
- O'Connor BP. SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers* 2000;32:396-402.
- Kendler KS, Prescott CA, Myers J et al. The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:929-37.
- Krueger RF, Finger MS. Using item response theory to understand comorbidity among anxiety and unipolar mood disorders. *Psychol Assess* 2001;13:140-51.
- Kessler RC, Ormel J, Petukhova M et al. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:90-100.
- Ortigo KM, Bradley B, Westen D. An empirically based prototype diagnostic system for DSM-V and ICD-11. In: Millon T, Krueger R, Simonsen E (eds). *Contemporary directions in psychopathology: scientific foundations of the DSM-V and ICD-11*. New York: Guilford, 2010:374-90.
- Westen D, Arkowitz-Westen L. Limitations of Axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *Am J Psychiatry* 1998;155:1767-71.
- Westen D, Shedler J, Bradley B et al. An empirically derived taxonomy for personality diagnosis: bridging science and practice in conceptualizing personality. *Am J Psychiatry* (in press).
- Westen D, DeFife JA, Bradley B et al. Prototype personality diagnosis in clinical practice: a viable alternative for DSM-5 and ICD-11. *Prof Psychol: Res Pr* 2010;41:482-7.
- Westen D, Muderrisoglu S. Reliability and validity of personality disorder assessment using a systematic clinical interview: evaluating an alternative to structured interviews. *J Pers Disord* 2003;17:350-68.
- Westen D, Muderrisoglu S. Clinical assessment of pathological personality traits. *Am J Psychiatry* 2006;163:1285-97.

Valoración de la validez diagnóstica de una entrevista psiquiátrica estructurada en una muestra hospitalaria de pacientes de primer ingreso

JULIE NORDGAARD¹, RASMUS REVSBECH¹, DITTE SÆBYE², JOSEF PARNAS^{1,3}

¹Psychiatric Center Hvidovre, University of Copenhagen, Broendbyoestervej 160, 2605 Broendby; ²Statistical Unit, Institute of Preventive Medicine, University of Copenhagen; ³Center for Subjectivity Research, University of Copenhagen, Denmark

La utilización de entrevistas psiquiátricas estructuradas llevadas a cabo por personal no clínico es frecuente en el ámbito de la investigación y se está convirtiendo en un procedimiento clínico cada vez más común. La validez de tales entrevistas raras veces se ha valorado de manera empírica. En este estudio de una muestra de 100 pacientes de primer ingreso con diagnósticos heterogéneos, se compararon los resultados de una valoración con la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID), generando un diagnóstico del DSM-IV y realizadas por personal capacitado no clínico, con una mejor estimación diagnóstica de por vida establecida por consenso (DSM-IV) por dos investigadores clínicos experimentados, basándose en múltiples fuentes de información, las cuales comprendieron entrevistas descriptivas semiestructuradas exhaustivas y en videocinta. El acuerdo de la kappa global fue 0,18. La sensibilidad y la especificidad para el diagnóstico de esquizofrenia según la SCID fueron 19% y 100%, respectivamente. Se llega a la conclusión de que las entrevistas estructuradas llevadas a cabo por personal no clínico no son recomendables para el trabajo clínico y sólo se deben utilizar en investigación con algunas precauciones. Se señala que una reavivación de la capacitación teórica y práctica sistemática en psicopatología es un medio evidente para tratar de mejorar la validez y la utilidad terapéutica del diagnóstico psiquiátrico.

Palabras clave: Entrevista estructurada, diagnóstico, gama de la esquizofrenia, psicopatología.

(*World Psychiatry* 2012;11:181-185)

Las entrevistas psiquiátricas estructuradas en la actualidad son la norma de referencia diagnóstica en investigación psiquiátrica y están utilizándose cada vez con más rapidez en el trabajo clínico cotidiano. En el ámbito de la investigación, el personal no clínico equipado con entrevistas estructuradas a menudo lleva a cabo valoraciones diagnósticas. Se ha demostrado que las entrevistas estructuradas generan una gran fiabilidad diagnóstica en entrevistadores sin experiencia (1).

Se define una entrevista estructurada como una «entrevista que consta de preguntas predeterminadas que se presentan en un orden definido». Estas preguntas «generan información diagnóstica basada en las respuestas del paciente y las observaciones del entrevistador. Las entrevistas... identifican síntomas y síndromes que cumplen criterios diagnósticos específicos (2).

Las entrevistas estructuradas aparecieron como parte de la revolución operacional en psiquiatría en la búsqueda de mejoras de la fiabilidad diagnóstica. Fueron recomendadas con vehemencia por un personaje importante del proyecto del DSM-III, Robert Spitzer en un artículo original titulado «¿Son todavía necesarios los profesionales clínicos?» (3). La posible falta de fiabilidad de la calidad y cantidad de la información diagnóstica obtenida de los pacientes («varianza de información») es contrarrestada aquí por la aplicación de preguntas idénticas, presentadas a los pacientes en una secuencia fija. Otra fuente de falta de fiabilidad, que puede afectar al proceso de convertir la información clínica en criterios diagnósticos («varianza de criterios») se minimiza mediante la formulación de las preguntas de la entrevista con una redacción que se acerca en la medida de lo posible a las formas en que están redactados los criterios diagnósticos. En suma, la entrevista estructurada reduce casi a cero la iniciativa, la inferencia y la reflexión por el entrevistador, evitando la experiencia psiquiátrica clínica y la formación en psicopatología y permitiendo así que el personal no clínico capacitado en forma adecuada lleve a cabo la valoración diagnóstica.

La validez de las entrevistas estructuradas raras veces se ha explorado (4,5). Así mismo, a veces se afirma que en principio no es sujeta a prueba, debido a la falta de disponibilidad de una «norma de referencia» (3,6), una aseveración que implícitamente reitera la premisa de que las valoraciones por los profesionales clínicos no pueden servir a tal fin debido a su falta de fiabilidad (6,7). Sin embargo, este razonamiento es incongruente. Aunque los profesionales clínicos tienen conocimiento y capacidades variables, el hecho es que nuestra clasificación actual está predominantemente basada en diferenciaciones fenomenológicas descriptivas. A nuestro entender, nunca se ha planteado ningún razonamiento conceptual psicopatológico o fenomenológico a favor de las entrevistas estructuradas (aparte de señalar la falta de fiabilidad del profesional clínico).

En este estudio, que es parte del proyecto más extenso sobre los fundamentos conceptuales y empíricos de la valoración psicopatológica, analizamos la validez diagnóstica de una entrevista estructurada, llevada a cabo por personal no psiquiatra capacitado en forma adecuada en una muestra hospitalaria de pacientes de primer ingreso con diagnósticos heterogéneos.

Nuestra medición de la validez fue el mejor diagnóstico estimado de por vida por consenso (8), basada en la entrevista conversacional semiestructurada realizada por un psiquiatra experimentado capacitado con fiabilidad, seguida de un análisis independiente del material diagnóstico por otro profesional clínico experimentado y una valoración de consenso final utilizando todas las fuentes de información diagnóstica existentes.

Seleccionamos la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID,9) como una entrevista estructurada representativa debido a que a menudo se utiliza (p. ej., una búsqueda en PubMed llevada a cabo el 16 de noviembre de 2011 mostró que 11 de las últimas 15 publicaciones sobre esquizofrenia en la cual se llevaba a cabo una valoración diagnóstica utilizaron la SCID). La SCID está concebida para hacer una entrevista clínica eficiente, sencilla de utilizar y fiable para establecer

diagnósticos del DSM (10). Incorpora el empleo de preguntas obligatorias, lo que corresponde a criterios operacionales del DSM-IV, y un algoritmo para llegar a los diagnósticos finales. Las preguntas preformuladas pueden responderse con «sí» o un «no». Es posible pedir descripciones más detalladas. No obstante, la guía de usuario de SCID resalta la importancia de hacer las preguntas según se formulan en el esquema de entrevista: «apegarse a las preguntas iniciales conforme están escritas» (11). Se ha observado que la SCID genera diagnósticos muy fiables para la mayor parte de los trastornos del eje I (1,5,12,13).

MÉTODOS

Muestra

El estudio fue llevado a cabo en el Centro Psiquiátrico Hvidovre, un departamento de la Universidad de Copenhague que proporciona servicios psiquiátricos a una población de 150.000 en una zona de captación de la Ciudad de Copenhague (no hay centros psiquiátricos privados que atiendan a pacientes internos en Dinamarca). El departamento tiene una tradición de investigación psicopatológica rica y prolongada de estudios de adopción, alto riesgo, enlace y muestras clínicas en la esquizofrenia, más recientemente en el dominio de las anomalías de la autoexperiencia (14-18). Se valoraron para idoneidad de incorporación todos los primeros ingresos consecutivos en el departamento durante 18 meses, a partir de junio de 2009, independientemente de su diagnóstico clínico. Para poder incorporarse, los pacientes tenían que considerarse capaces de tolerar entrevistas prolongadas (las cuales naturalmente excluían a pacientes agresivos, agitados o gravemente psicóticos) y proporcionar consentimiento informado. Los criterios de exclusión comprendían abuso de alcohol/sustancias clínicamente dominante, antecedente de lesión cerebral, retraso mental, trastorno cerebral orgánico y edad de > 65 años. Debido a cuestiones éticas, también se excluyó a pacientes involuntariamente ingresados y con problemas legales (las dos categorías representan una proporción importante de los pacientes con ingreso inicial).

Fue necesario excluir a seis pacientes después de la incorporación debido a que, tras el análisis más detallado, no cumplieron los criterios de inclusión (n = 3), no se presentaron a las citas para la entrevista (n = 2) o se arrepintieron de su consentimiento después de completar las entrevistas (n = 1). Dieciséis pacientes se negaron a participar en el estudio (diagnósticos clínicos: cuatro con esquizofrenia, uno con trastorno esquizotípico, nueve con depresión mayor, uno con ansiedad y uno con diagnóstico diferido).

La muestra final consistió en 34 hombres y 66 mujeres (la distribución por género sexual refleja el proceso de selección), con una media de edad de 27,7 años (intervalo de 18 a 65 años), lo que representa 82% de los pacientes inicialmente invitados a participar.

Entrevistas

A todos los pacientes se les entrevistó dos veces durante la misma semana. La media del tiempo transcurrido desde el ingreso hasta la primera entrevista fue 13 días (intervalo 2-71). Se grabaron en videocintas todas las entrevistas.

La primera entrevista fue realizada por un licenciado en psicología clínica (RR) reciente, específicamente capacitado y certificado como un entrevistador con la SCID por la Universidad de California, Centro los Ángeles para el Neuroconocimiento y la Emoción en Esquizofrenia. La entrevista consistió en la SCID-I y el módulo de Trastorno de Personalidad Esquizotípica de la SCID-II. La entrevista fue realizada de una manera completamente estructurada: al entrevistador se le hacían fielmente las preguntas preformuladas en el orden definido de antemano. Se permitía al entrevistador preguntar más información y modificar los puntajes si durante la entrevista surgía información nueva relevante. La duración promedio de la entrevista fue 1,5 horas. Un psiquiatra de investigación experimentado supervisó el desempeño de la entrevista y la asignación del diagnóstico según el DSM-IV a fin de evitar errores.

La segunda entrevista fue realizada por una psiquiatra experimentada (JN). Esta fue una entrevista conversacional semiestructurada (SSCI), que incluyó antecedentes psicosociales pormenorizados, una descripción de la evolución de la enfermedad (incluidas las circunstancias que dieron por resultado el ingreso), la lista de Cotejo de Criterios Operacionales (OP-CRIT, 19) expandida con apartados adicionales del esquema para trastornos afectivos y esquizofrenia (SAD-L, 20) la Escala de Examen de las Autoexperiencias Anómalas (EASE, 21), la sección perceptual de la Escala de Bonn para la Valoración de los Síntomas Básicos (22) y una valoración de los continuos de síntomas de primer orden según la describió Koehler (23), así como características expresivas anormales (p. ej., modulación del afecto, calidad del contacto, mirada, estereotipias, manierismos, desorganización y desorden del lenguaje) (15,16,24).

El entrevistador exploró los apartados en una secuencia que se consideró apropiada y adecuada a las propias inquietudes y respuestas del sujeto, según los principios fenomenológicos propuestos por Jaspers y otros (25). La estructura de la entrevista confiaba en la obligación del entrevistador de calificar todos los apartados. Sin embargo, la conducta concreta y práctica así como la secuencia de la entrevista estuvo determinada por la dinámica y el contexto del encuentro, es decir, el estilo era libre y conversacional. Las preguntas se adaptaron contextualmente y seguían la lógica de las descripciones del paciente, por lo general preguntando más detalles o más ejemplos. Se alentaba al paciente para que hablase libremente, raras veces se le interrumpía y se le dio tiempo para reflexionar y recordar. La calificación de un síntoma nunca se basó en una respuesta simple de sí/no, sino siempre precisó autodescripciones, es decir, los ejemplos formulados en las propias palabras del paciente. El tiempo promedio para completar la SSCI fue 3,5 horas, a veces necesitándose una separación de la entrevista en dos sesiones diferentes. Con base en la entrevista, JN asignaba el diagnóstico según el DSM-IV.

El director del proyecto (JP), un investigador clínico principal, analizó de manera independiente el material diagnóstico obtenido en la SSCI y asignó su propio diagnóstico conforme al DSM-IV. Hubo un acuerdo diagnóstico entre JN y JP en 93% de los pacientes.

Por último, la mejor estimación de por vida consensuada (CLBE) del diagnóstico conforme al DSM-IV se asignó a cada paciente en una reunión para consenso de JP y JN, utilizando toda la información disponible (videos, notas, información gráfica de las historias clínicas, incluidas descripciones de segundos informantes) sobre cada paciente. Este diagnóstico conforme al DSM-IV fue la norma de referencia del estudio.

Estadísticas

Se utilizó la estadística de la kappa para calcular el acuerdo entre los procedimientos diagnósticos. Se calculó la sensibilidad de la SCID como el número de positivos verdaderos divididos entre la suma de los positivos verdaderos y los negativos falsos. Se calculó la especificidad como el número de negativos verdaderos dividido entre la suma de los negativos verdaderos y los positivos falsos.

Para los fines de los análisis, operamos con la siguiente jerarquía de las categorías diagnósticas del DSM-IV: 1, esquizofrenia, 2, otras psicosis (no afectivas), 3, enfermedad bipolar, 4, depresión mayor, 5, trastorno esquizotípico, 6, otro diagnóstico. La categoría «otro diagnóstico» contiene principalmente trastornos por ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos de la personalidad además del esquizotípico.

RESULTADOS

En la tabla 1 aparece la tabulación cruzada de los diagnósticos con la SCID y la CLBE. La kappa de la concordancia diagnóstica global entre estos dos métodos fue 0,18. La kappa correspondiente entre la SSCI y la CLBE fue 0,92. El acuerdo de la kappa entre la SCID y la CLBE con la muestra dicotomizada en la gama de la esquizofrenia (esquizofrenia, otras psicosis, trastorno esquizotípico) frente a ninguna gama (todos los demás diagnósticos combinados) fue 0,31.

Utilizando la CLBE como norma de referencia, la sensibilidad y la especificidad de la SCID para la esquizofrenia sola fue 19% y 100%, respectivamente. Las cifras correspondientes para todas las psicosis no afectivas combinadas (es decir, esquizofrenia y otras psicosis no afectivas) aumentó a 34% y 96%. Por último, la sensibilidad y la especificidad de la SCID para la gama de la esquizofrenia (esquizofrenia, otras psicosis no afectivas y esquizotípica) fueron 44% y 97%, respectivamente. Si se alteró la jerarquía para dejar que el trastorno esquizotípico precediera a los trastornos afectivos, la sensibilidad de la SCID para la gama de la esquizofrenia aumentó ligeramente a 53%, en tanto que la especificidad se mantuvo sin cambio (97%).

DISCUSIÓN

Una limitación de este estudio es que la selección de los pacientes tendió a eliminar los casos psicóticos floridos, por lo

que la muestra se volvió diagnósticamente más «difícil» y por tanto tal vez se amplificaron las desventajas de la entrevista estructurada.

El acuerdo global entre los diagnósticos conforme al DSM-IV derivados de la SCID y la CLBE fue muy bajo (kappa 0,18). La SCID tendió a diagnosticar más pacientes con depresión mayor y menos con esquizofrenia y trastorno esquizotípico. Resultó claro que la principal fuente de las diferencias diagnósticas fue la varianza de la información. Una respuesta breve, a veces monosilábica, a una pregunta de la entrevista estructurada a menudo no proporcionó suficiente información psicopatológica crucial que podría haberse obtenido de una manera epistemológicamente más adecuada.

Fennig et al (4) demostraron una gran concordancia diagnóstica para la esquizofrenia y el trastorno bipolar entre el diagnóstico con la SCID por entrevistadores no clínicos y las mejores estimaciones diagnósticas por consenso realizadas por los psiquiatras. Sin embargo, este estudio específico se limitó a pacientes que ya tenían un diagnóstico de un trastorno psicótico. Lo que es más importante, la información obtenida mediante la SCID también sirvió como principal fuente de la mejor estimación de consenso. Esto implica escasa varianza de la información entre psiquiatras y no psiquiatras, es decir, evaluadores clínicos y no clínicos establecieron sus diagnósticos con información similar. El minimizar la varianza de la información es exactamente una de las piedras angulares de la entrevista estructurada, pero no garantiza la calidad (validez) de la información.

Como ya se señaló, la revolución operacional en psiquiatría fue motivada por una falta de fiabilidad diagnóstica, incompatible con las aspiraciones científicas de la psiquiatría. Los criterios operacionales y las entrevistas estructuradas correspondientes surgieron como una solución. La entrevista estructurada aspira a lograr una pureza casi experimental de estímulo-respuesta del paradigma conductual (26,27), a fin de superar o dar un atajo a las complejidades de la subjetividad humana, el discurso y la comunicación, que siempre están en juego en el intercambio psiquiátrico de paciente y profesional clínico (28,29). No se ha abordado el aspecto crucial de cómo obtener, explorar y convertir la experiencia del paciente (perspectiva de la primera persona) en formato de datos para una tercera persona utilizados para la asignación diagnóstica. Por el contrario, una suposición básica es la confianza en el valor nominal de

Tabla 1. Diagnósticos conforme al DSM-IV establecidos por personal no clínico capacitado utilizando la entrevista clínica estructurada para el DSM-IV (SCID) frente a los establecidos por dos profesionales clínicos experimentados con base en una mejor estimación de por vida por consenso

		Mejores diagnósticos por consenso						
		Esquizofrenia	Psicosis no afectiva	Trastorno esquizotípico	Depresión mayor	Bipolar	Otros	Total
Diagnósticos mediante SCID	Esquizofrenia	8	0	0	0	0	0	8
	Psicosis no afectiva	8	0	1	0	0	1	10
	Trastorno esquizotípico	8	0	5	0	0	0	13
	Depresión mayor	10	2	11	14	0	13	50
	Bipolar	1	1	2	0	0	0	4
	Otros	7	1	2	0	1	4	15
	Total	42	4	21	14	1	18	100

las respuestas «sí/no», por ejemplo, que un «sí» confirma el criterio diagnóstico en torno al que se está preguntando. Esta confianza refleja otra creencia implícita, es decir, que los síntomas tienen su modo de existencia como objetos mentales ya elaborados, bien definidos y bien articulados en la conciencia del paciente, sólo esperando para la indagación adecuada a fin de que se muestre a la vista.

En este estudio sólo se analiza la validez de una entrevista estructurada realizada, según las reglas del arte, por un profesional no psiquiátrico con capacitación especial. No disponemos de datos sobre la validez potencial de un esquema de entrevista estructurada en las manos de un profesional clínico experimentado capacitado con fiabilidad. Tal profesional clínico, aprovechando la posibilidad de preguntar por información más detallada (permitida en la guía de la entrevista), posiblemente llegue a diagnósticos válidos, pero esto ocurriría de una manera no de clase diferente de la entrevista semiestructurada empleada en este estudio. En otras palabras, una vez que al profesional clínico/entrevistador se le garantiza la libertad para la conversación contextualmente apropiada (es decir, semiestructurada) con detalle con el paciente, cualquier esquema de entrevista específico probablemente sería igualmente satisfactorio (siempre y cuando el médico sea conocedor, hábil y capacitado con fiabilidad).

Una consecuencia inesperada de la revolución operacional ha sido una disminución general de la competencia psicopatológica (30) y ninguna mejora notablemente evidente en la fiabilidad y la validez de los diagnósticos por los profesionales clínicos. El camino a seguir, tanto en la investigación como en el trabajo clínico, es reavivar la enseñanza y la capacitación en psicopatología (31). Lamentablemente, tal educación en la actualidad suele estar reducida a la capacitación en el empleo de un esquema de entrevistas específico, localmente seleccionado. No obstante, no es suficiente memorizar las preguntas de un esquema y los criterios diagnósticos. La enseñanza de la psicopatología implica estudios de literatura dirigidos, debates de conceptos con colegas cada semana (p. ej., ¿qué significa el concepto de delirio o de alucinación; y sus definiciones operacionales conceptualmente coherentes y fenomenológicamente fieles?) y entrevistas supervisadas en vivo, seguidas de discusiones de los aspectos técnicos de la entrevista, interacción interpersonal y la naturaleza y significación diagnóstica de la información obtenida.

En conclusión, este estudio demostró un desempeño diagnóstico deficiente de una entrevista psiquiátrica estructurada realizada por personal no clínico capacitado para este fin. Tal enfoque en la entrevista no puede recomendarse para trabajo clínico, debido a la alta proporción de diagnósticos equivocados. La gran especificidad para el diagnóstico de esquizofrenia (100%) puede señalar una aplicabilidad limitada de tales entrevistas en investigación con el propósito de una confirmación de un diagnóstico precedente por el profesional clínico.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a los Dres. P. Handest y L. Jansson por su colaboración en el estudio. El estudio fue financiado por la Fundación Danesa para la Investigación Nacional una beca de PhD de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Copenhague.

Bibliografía

1. Ventura J, Liberman RP, Green MF et al. Training and quality assurance with the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCIDI/P). *Psychiatry Res* 1998;79:163-73.
2. Beck SM, Perry JC. The definition and function of interview structure in psychiatric and psychotherapeutic interviews. *Psychiatry* 2008;71:1-12.
3. Spitzer RL. Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Compr Psychiatry* 1983; 24:399-411.
4. Fennig S, Craig T, Lavelle J et al. Best-estimate versus structured interview-based diagnosis in first-admission psychosis. *Compr Psychiatry* 1994;35:341-8.
5. Kranzler HR, Kadden RM, Babor TF et al. Validity of the SCID in substance abuse patients. *Addiction* 1996;91:859-68.
6. Boonstra N, Wunderink L, Sytema S et al. Detection of psychosis by mental health care services; a naturalistic cohort study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2008;4:29.
7. Zimmerman M. Diagnosing personality disorders. A review of issues and research methods. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51: 225-45.
8. Leckman JF, Sholomskas D, Thompson WD et al. Best estimate of lifetime psychiatric diagnosis: a methodological study. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:879-83.
9. First MB, Spitzer RL, Gibbon M et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, research version. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 2002.
10. Williams JB, Gibbon M, First MB et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II. Multisite test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:630-6.
11. First M, Gibbon M, Spitzer R et al. User's guide for SCID-I Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, research version. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 2002.
12. Skre I, Onstad S, Torgersen S et al. High interrater reliability for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I (SCID-I). *Acta Psychiatr Scand* 1991;84:167-73.
13. Sanchez-Villegas A, Schlatter J, Ortuno F et al. Validity of a self-reported diagnosis of depression among participants in a cohort study using the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I). *BMC Psychiatry* 2008;8:43.
14. 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.
15. Parnas J, Cannon TD, Jacobsen B et al. Lifetime DSM-III-R diagnostic outcomes in the offspring of schizophrenic mothers. Results from the Copenhagen High-Risk Study. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:707-14.
16. Matthyse S, Holzman PS, Gusella JF et al. Linkage of eye movement dysfunction to chromosome 6p in schizophrenia: additional evidence. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2004;128B:30-6.
17. Kety S, Rosenthal D, Wender PH et al. The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. In: Rosenthal D, Kety S (eds). *The transmission of schizophrenia*. Oxford: Pergamon Press, 1968:25-37.
18. Raballo A, Parnas J. The silent side of the spectrum: schizotypy and the schizotaxic self. *Schizophr Bull* 2011;37:1017-26.
19. McGuffin P, Farmer A, Harvey I. A polydiagnostic application of operational criteria in studies of psychotic illness. Development and reliability of the OPCRIT system. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:764-70.

20. Endicott J, Spitzer RL. A diagnostic interview: the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:837-44.
21. Parnas J, Moller P, Kircher T et al. EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology* 2005;38:236-58.
22. Gross G, Huber G, Klosterkötter J et al. *Bonner Skala Für die Beurteilung von Basissymptomen*. Berlin: Springer, 1987.
23. Koehler K. First rank symptoms of schizophrenia: questions concerning clinical boundaries. *Br J Psychiatry* 1979;134:236-48.
24. Vaever MS, Licht DM, Moller L et al. Thinking within the spectrum: schizophrenic thought disorder in six Danish pedigrees. *Schizophr Res* 2005;72:137-49.
25. Jaspers K. *General psychopathology*. London: John Hopkins University Press, 1963.
26. Stanghellini G. The grammar of the psychiatric interview. A plea for the second-person mode of understanding. *Psychopathology* 2007;40:69-74.
27. Stanghellini G. A hermeneutic framework for psychopathology. *Psychopathology* 2010;43:319-26.
28. 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: John Hopkins University Press, 2008:239-77.
29. Parnas J, Zahavi D. The role of phenomenology in psychiatric classification and diagnosis. In: Maj M, Gaebel JJ, Lopez-Ibor N et al (eds). *Psychiatric diagnosis and classification*. Chichester: Wiley, 2002:137-62.
30. Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophr Bull* 2007;33:108-12.
31. Jablensky A. Psychiatry in crisis? Back to fundamentals. *World Psychiatry* 2010;9:29.

Enseñanzas aprendidas en el desarrollo de la atención a la salud mental en la población del Este y el Sureste de Asia

HIROTO ITO, YUTARO SETOYA, YURIKO SUZUKI

National Institute of Mental Health, National Centre of Neurology and Psychiatry, Tokyo, Japan

Este documento resume 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 de la región del Este y el Sureste de Asia. El documento presenta una descripción de la región, un panorama general de las políticas de salud mental, una valoración crítica de los servicios de salud mental a la población establecidos y un análisis de los obstáculos y dificultades clave. Las principales recomendaciones abordan las necesidades de efectuar campañas para reducir el estigma, integrar la atención en el sistema de atención a la salud general, priorizar los grupos elegidos como objetivo, fortalecer el liderazgo en el establecimiento de políticas y concebir una financiación eficaz e incentivos económicos.

Palabras clave: Atención a la salud mental de la población, Este y Sureste de Asia, políticas de salud mental, organizaciones no gubernamentales, derechos humanos, participación de la familia, grupos elegidos como objetivo, incentivos económicos.

(World Psychiatry 2012;11:186-190)

Este estudio es parte de una serie que describe el desarrollo de la atención a la salud mental en la población de diversas regiones del mundo (véase 1-6), producida por la Comisión asignada por la WPA como parte de su Plan de Acción 2008-2011 (7,8). La Guía de la WPA sobre Pasos, Obstáculos y Errores a evitar en la Implementación de la Atención a la Salud Mental de la Población, elaborada por la Comisión, fue publicada en esta revista (9). En este artículo describimos estos aspectos en relación con el Este y el Sureste de Asia.

La región comprende 15 países (cuatro en el Este de Asia y 11 en el Sureste de Asia), con diversidad cultural, religiosa y socioeconómica notable. Todos estos países destinan a la salud mental sólo una pequeña fracción de su presupuesto para la salud total (menos de 1% en los países con bajos ingresos; menos de 5% en los países con altos ingresos) (10). Debido a los diversos antecedentes históricos y legados coloniales, los sistemas de atención a la salud difieren incluso entre los países circunvecinos.

PANORAMA GENERAL DE LAS POLÍTICAS DE SALUD MENTAL EN LA REGIÓN

En la tabla 1 se muestran las políticas y las leyes de salud mental en la región. Pese a 20 años de esfuerzo, China aun no cuenta con una ley nacional de salud mental, pero ha instaura-

do un plan de salud mental (15), en tanto que Hong Kong tiene una ordenanza en salud mental (16). En Tailandia, las leyes sobre salud mental comenzaron a surtir efecto en 2008 (14).

La participación familiar es una característica de la región. Incluso en Singapur y Malasia, donde prevalece bastante la influencia occidental, la familia desempeña un papel importante en el ingreso y el tratamiento del paciente. El ingreso involuntario con el consentimiento de la familia está legalizado en Japón y en Corea del Sur. China también permite la internación involuntaria con el consentimiento de la familia, aunque el procedimiento no está legalizado y no sólo los familiares son guardianes legales sino también funcionarios públicos (17).

La legislación garantiza la integración en la población de Japón, Malasia, Mongolia y Corea del Sur, en tanto que el resto en la región tiene políticas o programas en asistencia a la salud mental de la población, excepto por (12).

PANORAMA GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LA REGIÓN

El número de psiquiatras y de camas psiquiátricas por 10.000 de población se muestra en la figura 1, excepto por Timor Oriental. Japón tiene el máximo número de psiquiatras por 10.000 habitantes en la región (9,4) y le siguen Corea del Sur (3,5), Mongolia (3,3) y Singapur (2,3). Pese a la disminución reciente de las hospitalizaciones, Japón (28,4) también tiene el número más alto de camas psiquiátricas y le sigue Corea del Sur (13,8). Mongolia también mantiene un sistema de atención basada en el hospital con una tasa de ocupación de alrededor del 80% (18).

Las organizaciones no gubernamentales (ONG) han establecido servicios de salud mental modelo y personal capacitado tanto en atención a la salud mental como en general en los países que han pasado por guerras, como Camboya y Timor Oriental, donde se destruyeron todos los recursos para la salud mental (12,19,20). En Malasia, las ONG locales proporcionan atención en residencias, servicios de atención diurna y servicios de rehabilitación psicosocial en la población (18). En Filipinas, las actividades en colaboración entre las ONG locales y grupos universitarios compensan las limitaciones del gobierno

Tabla 1. Políticas de salud mental y leyes en países del Este y el Sureste de Asia

		Legislación en salud mental	
		Disponible	No disponible
Política o programa de salud mental	Disponible	Indonesia, Japón, Malasia, Mongolia, Birmania, Corea del Norte, Singapur, Corea del Sur, Tailandia	Camboya, China, Laos, Filipinas, Vietnam
	No disponible	Brunei	Timor Oriental

Fuentes: Jacob et al (11), World Health Organization (12), Tebayashi (13), Ley de Salud Mental de Tailandia (14).

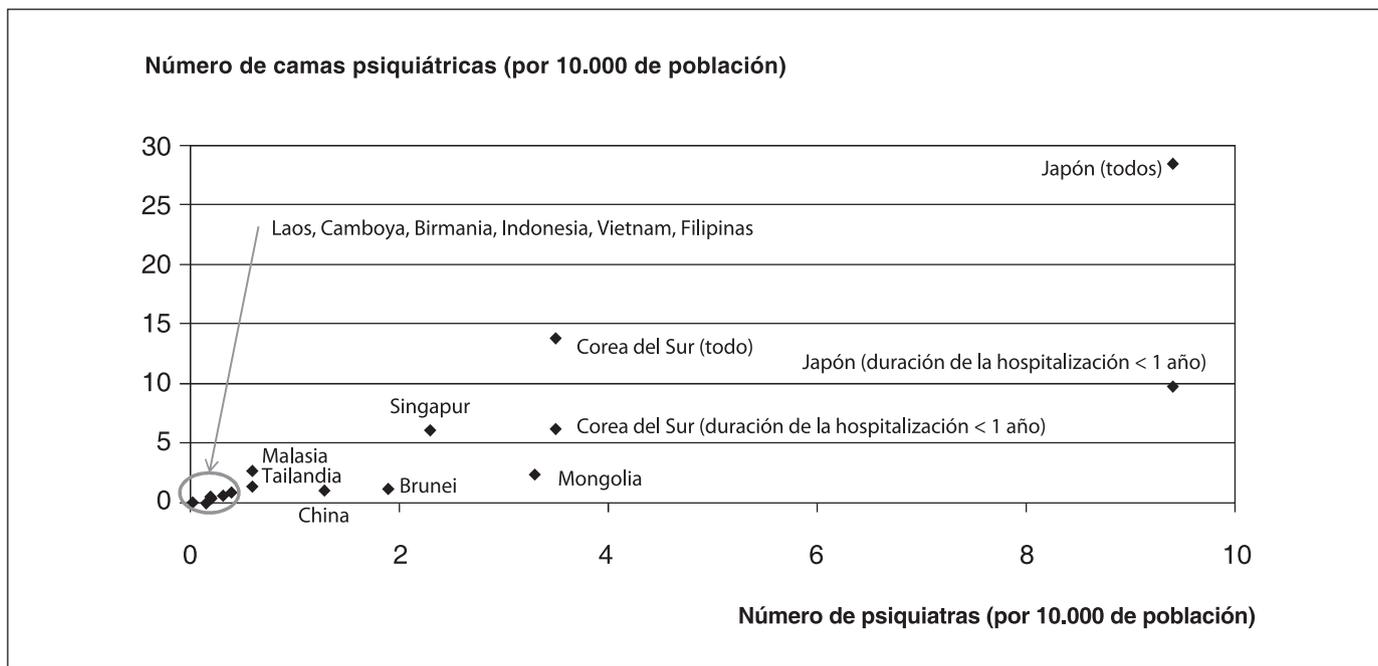


Figura 1. Número de psiquiatras y camas psiquiátricas en países del Este y el Sureste de Asia. Fuentes: Jacob et al (11), World Health Organization (12).

(21). La mayor parte de las actividades de las ONG abarcan detección sistemática y valoración y tratamientos de conversación. En estos países está difundido el tratamiento psicológico, más que el farmacológico de tipo occidental.

Los servicios de atención a domicilio y de hospitalización diurna se utilizan como alternativas a la hospitalización en varios países de la región. En Singapur, un equipo móvil para la atención a crisis (enfermeras de la población asistidas por un funcionario médico o una trabajadora social médica) llevan a cabo visitas a domicilio para la intervención en crisis, en tanto que los equipos de enfermería psiquiátrica de la población ofrecen atención a domicilio a los pacientes que se dan de alta y que viven en la población, lo que comprende valoración y vigilancia y apoyo psicológico a sus cuidadores (22).

En China, los hospitales psiquiátricos envían profesionales a los domicilios de personas con trastornos mentales graves para proporcionar servicios de «hogares con cama» (23,24). Para las personas con trastornos mentales crónicos, también se dispone de seminarios en albergues para rehabilitación y una «red de guardianes rurales» para su supervisión y tratamiento, pero su eficacia es debatida (24,25). En China, los servicios no gubernamentales como las clínicas psiquiátricas privadas, las clínicas de asesoría no profesionales, los servicios telefónicos de urgencias y los tratamientos populares se están convirtiendo en la forma dominante de servicios de salud mental de la población, pero preocupa su sustentabilidad (15,26).

La mayor parte de las intervenciones tempranas y los tratamientos asertivos en la población son proporcionados en proyectos preliminares de salud mental a la población que son especializados. En Filipinas, más de 7.000 pacientes fueron hospitalizados en el hospital mental de Manila; sin embargo, la introducción de los servicios de intervención en crisis agudas redujo su número en más de la mitad (27).

Japón, Corea del Sur, Singapur y Malasia han introducido el tratamiento asertivo en la población (ACT, por sus siglas en inglés) con modificaciones culturales. Un estudio japonés en

fase pre-preliminar y post-preliminar informa la reducción de la duración de la hospitalización, en tanto que un estudio clínico randomizado subsiguiente muestra una disminución de los días de hospitalización y calificaciones más altas en la Valoración de los Servicios por el Cliente—8 (CSQ-8) en un grupo con ACT en comparación con un grupo de control (28). En Corea del Sur, en una comparación pre-post, el número y la duración de los ingresos también se redujeron considerablemente y los resultados clínicos y sociales mejoraron en grado significativo (29,30). En Singapur, el programa de ACT fue eficaz para reducir la frecuencia y la duración de las hospitalizaciones en un estudio clínico. La condición laboral de los pacientes también mostró mejoras durante el curso del estudio (31).

Las camas crónicas para pacientes con hospitalización prolongada se están convirtiendo en centros residenciales y hogares para grupos en las poblaciones, como las residencias privadas para enfermos en Malasia (32).

En Malasia y en Tailandia, las actividades de promoción y prevención de la salud mental en la población se llevan a cabo a través de lugares públicos, como escuelas, iglesias, templos y salas comunitarias (18).

Asia es vulnerable a los desastres naturales, como los terremotos y las inundaciones. Estos desastres trágicos a menudo profundizan la conciencia de la necesidad de establecer sistemas de salud mental para la población. En la preparación para los desastres se incluye el apoyo a la salud mental y psicosocial en Indonesia (33), Birmania (34) y Tailandia (35). En Indonesia, un programa de capacitación de enfermería de salud mental en la población fue establecido después del maremoto (36).

OBSTÁCULOS Y DIFICULTADES

Derechos humanos

Las creencias tradicionales de que las enfermedades mentales se deben a la posesión por espíritus malignos o el carácter

débil persisten en varios países de la región. Según una encuesta nacional en Corea del Sur, las personas a menudo consideran que las enfermedades mentales son trastornos autolimitados que se resuelven por sí mismos (37). Todavía hay mucho estigma en torno a las personas con enfermedades mentales y las instituciones y servicios psiquiátricos (22). En un estudio realizado en Singapur se observó que los principales factores pronósticos de que las personas buscaran ayuda no eran la falta de disponibilidad y acceso a la atención sino las percepciones de salud mental y atención a la salud (38). Los conceptos erróneos del público en torno a las enfermedades mentales dan por resultado prejuicios que originan discriminación. Hay una brecha entre el marco legal y la realidad de los enfermos mentales, quienes a menudo son objeto de abuso en muchos países (39).

Participación de la familia

La intensa participación de la familia en la atención a la salud mental es una característica de Asia (40). La familia desempeña un rol esencial en la atención a las personas con trastornos mentales en la población; sin embargo, los conocimientos deficientes de la enfermedad mental y las actitudes negativas en torno al paciente impiden que muchas personas necesitadas busquen atención (40). Muchos individuos con enfermedades mentales son abandonados por sus familias. El establecimiento de colaboraciones con familias y la asignación de los recursos necesarios son prioridades en la región.

Curanderos tradicionales

En muchos países asiáticos, es común que las personas consulten a curanderos tradicionales por sus problemas de salud aun cuando se disponga de servicios médicos. Los curanderos raras veces cooperan entre sí y tampoco trabajan en forma conjunta con los proveedores formales de atención a la salud (32). Los camboyanos a menudo buscan ayuda de Kru Khmer, que son principalmente yerberos (41) y también es frecuente que consulten a los curanderos tradicionales en Timor Oriental (20). Las familias a menudo llevan a los pacientes primeramente a los curanderos religiosos, aunque el gobierno de Vietnam prohíbe este acto (42). En Indonesia, hasta 80% de las personas consultan a los curanderos tradicionales como primer recurso (43). La encuesta de 1943 en Singapur muestra que 30% de los pacientes en un hospital nacional visitaron a curanderos tradicionales, *dukun*, antes de consultar a médicos (44). Tal conducta es uno de los motivos de la escasa utilización de servicios formales en la región.

Distribución de servicios y continuidad de la atención

Se dispone de servicios de salud mental sólo en determinadas zonas de un país. La mayoría de las personas con trastornos mentales graves no pueden tener acceso a servicios en los países con bajos recursos y los recursos en salud mental están centralizados en grandes ciudades de países con recursos medianos. En Japón y en Corea del Sur existen propuestas de políticas para convertir las camas de atención psiquiátrica actuales a largo plazo en clínicas ambulatorias y de pacientes externos o atención basada en la población a largo plazo, pero en realidad muchos pacientes dados de alta no han logrado hacer uso de tales servicios. Una encuesta realizada en Corea del Sur muestra una alta tasa de reingreso inmediatamente después

del alta (45), aunque en Malasia se informa una tasa más baja de pacientes con tratamiento y seguimiento a un año (46). En Corea del Sur se está estableciendo rápidamente un sistema de servicios a la salud mental integral en cada zona de captación (47). En Japón las personas carecen de un conocimiento de la «zona de captación» debido a los efectos negativos del sistema de seguro universal que es la máxima contribución a la salud de los japoneses (48).

Financiación

La mayor parte de los países en la región está tratando de equilibrar la financiación pública y privada y la prestación de cuidados. Los fondos para el desarrollo de servicios a la población por lo general se derivan de ahorros logrados con la reducción de las camas en los hospitales, pero tales reducciones y servicios comunitarios crecientes no siempre están equilibrados. Así mismo, en países con envejecimiento rápido, se necesitan urgentemente servicios en la población para las personas con demencia. Hay la inquietud de que la mayor parte de los presupuestos en salud mental se asignen para tratar a los que tienen esta enfermedad. Si resultan confusos los límites entre la salud mental y la atención a los ancianos, una menor suma de recursos económicos será destinada a las personas con trastornos mentales graves y persistentes.

ENSEÑANZAS APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES

Proceso legal y campaña antiestigma

Es necesario un proceso legal para proteger los derechos humanos de personas con enfermedades mentales en países que no cuentan con la legislación apropiada. En Japón, las leyes de salud mental legalmente reconocen por primera vez que la enfermedad mental es una discapacidad y se han establecido criterios más estrictos y una junta de análisis psiquiátrico para las hospitalizaciones involuntarias tras una serie de escándalos con respecto a la violación de los derechos humanos (49). En el contexto de las campañas antiestigma, el renombramiento de la esquizofrenia ha sido bien aceptado en Japón y Hong Kong (50,51). Se observan movimientos similares en otros países del Este Asiático donde se utilizan caracteres chinos.

Integración en el sistema de salud general

La mejor forma de crear un sistema rentable es utilizar el sector médico general, proporcionando capacitación a los profesionales de la atención primaria a la salud. Singapur ha tenido éxito en preparar a médicos generales para que proporcionen atención a la salud mental con el apoyo de psiquiatras (52). La atención primaria en general es más aceptable por personas con trastornos mentales y sus familias (52). Se necesitan redes de colaboración entre los interesados para evitar la fragmentación y deben incluir usuarios de servicios/familias, hospitales, personal de atención a la salud de la población, ONG y curanderos tradicionales (53).

Priorización de grupos elegidos como objetivo

Debido a los recursos limitados, tenemos que priorizar la atención. En comparación con la depresión o los trastornos

mentales leves, que en general son más aceptados y mejor financiados, las personas con trastornos mentales graves y persistentes a menudo se pasan por alto y se descuidan en la planeación y en la asignación de presupuestos. Se deben proporcionar servicios priorizados a las personas con discapacidad grave.

Liderazgo y establecimiento de políticas

Se necesita un fuerte liderazgo para negociar los cambios. Muy pocos profesionales de la salud mental intervienen activamente en el establecimiento de políticas. En consecuencia, la falta de liderazgo permite la asignación de más dinero o recursos a los servicios de atención a la salud general en vez de a la salud mental. No es infrecuente que los profesionales de la salud no psiquiátrica tengan actitudes negativas hacia la enfermedad mental. Es necesario modificar sus formas de pensar.

Los gobiernos no sólo centrales sino también locales deben participar en el desarrollo de sistemas de atención a la salud mental de la población que sean sustentables. En tiempos recientes, los ex pacientes tienen más oportunidades para expresarse en público y participar en el establecimiento de políticas en salud mental (54).

Financiación e incentivos económicos

Debe incrementarse el presupuesto global para la salud mental. La inseguridad económica mantiene a las personas con enfermedades mentales y sus familias e impide que busquen servicios médicos. Es esencial crear un sistema de financiación en el cual todas las personas que necesitan ayuda puedan recibir atención.

Son necesarios los incentivos económicos para promover los servicios de atención mental en la población. Los hospitales y los profesionales de la salud mental son renuentes a desplazarse a la población debido a la financiación más deficiente y los salarios más bajos (24). Pueden ser necesarios costos de transición para recapacitar al personal de salud mental. El ACT y el apoyo al empleo no están plenamente cubiertos por los gastos médicos. Es necesaria una estructura económica flexible con respecto a los límites médicos y sociales.

CONCLUSIONES

Después de un largo historial del manicomio, los pacientes lentamente cada vez se atienden más sin internarse en centros en el Este y el Sureste de Asia. Ahora esta región está en un periodo de transición de la atención con internación hacia la población. A diferencia de los países occidentales, los asiáticos temen la confusión engendradora por el cambio rápido; están reduciendo con cautela las camas psiquiátricas y simultáneamente tratando de establecer servicios a la población. Esta tentativa aún no ha tenido éxito, principalmente por la fragmentación del sistema. La diferenciación de rol es necesaria entre los hospitales y los servicios de la población y los servicios públicos y privados. Garantizar la calidad de la atención es el siguiente paso para la atención a la salud mental en la población. Podemos aprender las enseñanzas de otras regiones para construir el futuro de la atención a la salud mental en el Este y el Sur de Asia.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer por su colaboración a los Dres. M.R. Phillips (China); H. Diatri y E. Viora (Indonesia); T. Akiyama, J. Ito, Y. Kim y N. Shinfuku (Japón); S. Ann, H.C. Chua y K.E. Wong (Singapur); T.Y. Hwang (Corea del Sur); y B. Panyayong (Tailandia).

Bibliografía

1. Hanlon C, Wondimagegn D, Alem A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa. *World Psychiatry* 2010;9:185-9.
2. Semrau M, Barley E, 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. McGeorge P. Lessons learned in developing community mental health care in Australasia and the South Pacific. *World Psychiatry* 2012;11:129-32.
5. Razzouk D, Gregorio G, Antunes R et al. Lessons learned in developing community mental health care in Latin American and Caribbean countries. *World Psychiatry* 2012;11:191-5.
6. Thara R, Padmavati R. Lessons learned in developing community mental health care in South Asia. *World Psychiatry* (in press).
7. Maj M. Mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:65-6.
8. Maj M. Report on the implementation of the WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2011;10:161-4.
9. 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.
10. Saxena S, Sharan P, Saraceno B. Budget and financing of mental health services: baseline information on 89 countries from WHO's Project Atlas. *J Ment Health Policy Econ* 2003;6:135-43.
11. Jacob KS, Sharan P, Mirza I et al. Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet* 2007;370:1061-77.
12. World Health Organization. *Mental health atlas 2005*. Geneva: World Health Organization, 2005.
13. Tebayashi Y. Cambodia. In: Shinfuku N, Asai K (eds). *Mental health in the world*. Tokyo: Health Press, 2009:112-9.
14. Office of the Council of State, Thailand. *Mental health act*. www.thaimentalhealthlaw.com.
15. Liu J, Ma H, He Y-L et al. Mental health system in China: history, recent service reform and future challenges. *World Psychiatry* 2011;10:210-6.
16. Editorial. What we should consider when we next amend the mental health ordinance of Hong Kong. *Hong Kong J Psychiatry* 2009; 19:53-6.
17. Kokai M. China. In: Shinfuku N, Asai K (eds). *Mental health in the world*. Tokyo: Health Press, 2009:131-7.
18. Asia-Australia Mental Health. *Summary report: Asia-Pacific Community Mental Health Development Project, 2008*. www.aamh.edu.au.
19. Somasundaram DJ, van de Put WA, Eisenbruch M et al. Starting mental health services in Cambodia. *Soc Sci Med* 1999;48: 1029-46.
20. Zwi AB, Silove D. Hearing the voices: mental health services in East-Timor. *Lancet* 2002;360(Suppl.):s45-6.

21. Conde B. Philippines mental health country profile. *Int Rev Psychiatry* 2004;16:159-66.
22. Wei KC, Lee C, Wong KE. Community psychiatry in Singapore: an integration of community mental health services towards better patient care. *Hong Kong J Psychiatry* 2005;15:132-7.
23. Pearson V. Community and culture: a Chinese model of community care for the mentally ill. *Int J Soc Psychiatry* 1992;38:163-78.
24. Phillips MR. Mental health services in China. *Epidemiol Psichiatra Soc* 2000;9:84-8.
25. Qiu F, Lu S. Guardianship networks for rural psychiatric patients. A non-professional support system in Jinshan County, Shanghai. *Br J Psychiatry* 1994;24(Suppl.):114-20.
26. Phillips MR. The transformation of China's mental health services. *China Journal* 1998;39:1-36.
27. Akiyama T, Chandra N, Chen N et al. Asian models of excellence in psychiatric care and rehabilitation. *Int Rev Psychiatry* 2008;20:445-51.
28. Ito J, Oshima I, Nisho M, et al. Initiative to build a community-based mental health system including assertive community treatment for people with severe mental illness in Japan. *Am J Psychiatr Rehab* 2009;12:247-60.
29. Yu J. Cost effectiveness of modified ACT program in Korea. Presented at the 10th Congress of the World Association of Psychosocial Rehabilitation, Bangalore, November 2009.
30. Yu J, Kim S, Ki S et al. Program for Assertive Community Treatment (PACT) in Korea: preliminary 7 months follow-up study. Presented at the 161st Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Washington, May 2008.
31. Fam J, Lee C, Lim BL et al. Assertive community treatment (ACT) in Singapore: a 1-year follow-up study. *Ann Acad Med Singapore* 2007;36:409-12.
32. Deva PM. Malaysia – Mental health country profile. *Int Rev Psychiatry* 2004;16:167-76.
33. Setiawan GP, Viora E. Disaster mental health preparedness plan in Indonesia. *Int Rev Psychiatry* 2006;18:563-6.
34. Htay H. Mental health and psychosocial aspects of disaster preparedness in Myanmar. *Int Rev Psychiatry* 2006;18:579-85.
35. Panyayong B, Pengjuntr W. Mental health and psychosocial aspects of disaster preparedness in Thailand. *Int Rev Psychiatry* 2006;18:607-14.
36. Prasetyawan, Viola E, Maramis A et al. Mental health model of care programmes after the tsunami in Aceh, Indonesia. *Int Rev Psychiatry* 2006;18:559-62.
37. Cho SJ, Lee JY, Hong JP et al. Mental health service use in a nationwide sample of Korean adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:943-51.
38. Ng TP, Jin AZ, Ho R et al. Health beliefs and help seeking for depressive and anxiety disorders among urban Singaporean adults. *Psychiatr Serv* 2008;59:105-8.
39. Irmansyah I, Prasetyo YA, Minas H. Human rights of persons with mental illness in Indonesia: more than legislation is needed. *Int J Ment Health Syst* 2009;3:14.
40. Phillips MR, Zhang J, Shi Q et al. Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001–05: an epidemiological survey. *Lancet* 2009;373:2041-53.
41. Collins W. Medical practitioners and traditional healers: a study of health seeking behavior in Kampong Chhnang, Cambodia. www.cascambodia.org.
42. Uemoto M. Viet Nam. In: Shinfuku N, Asai K (eds). *Mental health in the world*. Tokyo: Health Press, 2009:107-11.
43. Pols H. The development of psychiatry in Indonesia: from colonial to modern times. *Int Rev Psychiatry* 2006;18:363-70.
44. Yoshida N. ASEAN countries. In: Shinfuku N, Asai K (eds). *Mental health in the world*. Tokyo: Health Press, 2009:97-106.
45. Lee MS, Hoe M, Hwang TY et al. Service priority and standard performance of community mental health centers in South Korea: a Delphi approach. *Psychiatry Invest* 2009;6:59-65.
46. Salleh MR. Decentralization of psychiatric services in Malaysia: what is the prospect? *Singapore Med J* 1993;34:139-41.
47. World Health Organization. WHO-AIMS report on mental health system in Republic of Korea. Gwacheon City: World Health Organization and Ministry of Health and Welfare, Republic of Korea, 2007.
48. Ito H. Quality and performance improvement for mental health-care in Japan. *Curr Opin Psychiatry* 2009;22:619-22.
49. Ito H, Sederer LI. Mental health services reform in Japan. *Harv Rev Psychiatry* 1999;7:208-15.
50. Chen E, Chen C. The impact of renamed schizophrenia in psychiatric practice in Hong Kong. Presented at the 2nd World Congress of Asian Psychiatry, Taipei, November 2009.
51. Sato M. Renaming schizophrenia: a Japanese perspective. *World Psychiatry* 2006;5:53-5.
52. Lum AW, Kwok KW, Chong SA. Providing integrated mental health services in the Singapore primary care setting – the general practitioner psychiatric programme experience. *Ann Acad Med Singapore* 2008;37:128-31.
53. Wallcraft J, Amering M, Freidin J et al. Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers. *World Psychiatry* 2011;10:229-36.
54. Kuno E, Asukai N. Efforts toward building a community-based mental health system in Japan. *Int J Law Psychiatry* 2000;23:361-73.

Enseñanzas aprendidas en el desarrollo de la atención a la salud mental de la población en países latinoamericanos y del Caribe

DENISE RAZZOUK¹, GUILHERME GREGÓRIO¹, RENATO ANTUNES¹, JAIR DE JESUS MARI^{1,2}

¹Department of Psychiatry, Universidade Federal de São Paulo, Rua Borges Lagoa 570, São Paulo, Brazil; ²Institute of Psychiatry, King's College, University of London, London, UK

Este documento resume 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 a la Población de los países latinoamericanos y del Caribe. Presenta un panorama de la prestación de servicios de salud mental en la región; describe experiencias clave en Argentina, Belice, Brasil, Chile, Cuba, Jamaica y México y analiza las enseñanzas aprendidas en el establecimiento de la atención a la salud mental de la población.

Palabras clave: Atención a la salud mental de la población, Latinoamérica, países del Caribe, políticas de salud mental, experiencias clave, enseñanzas aprendidas.

(*World Psychiatry* 2012;11:191-195)

Este documento es el sexto de una serie que describe el establecimiento de la atención a la salud mental de la población en regiones de todo el mundo (véase 1-5), elaborado por una Comisión asignada por la WPA como parte de su plan de acción 2008-2011 (6,7). La Guía de la WPA sobre Pasos, Obstáculos y Errores a Evitar en la Implementación de la Atención a la Salud Mental de la Población, elaborada por esta comisión, se ha publicado previamente en esta revista (8). En este artículo, describimos estos aspectos en relación con países Latinoamericanos y del Caribe.

La región de Latinoamérica y el Caribe (LAC) consta de 34 países, con una población de aproximadamente 600 millones de habitantes, que en su mayor parte viven en zonas urbanas, con una vasta diversidad étnica que consta principalmente de amerindios, mestizos, blancos y negros. Aunque 44% son países con ingresos medios y 35% son países con ingresos medios altos, es considerable la desigualdad económica y casi un tercio de la población vive por debajo del nivel de pobreza (9). La prevalencia de trastorno mental en un año varía de 20% a 25% con un predominio de dependencia de alcohol (5,7%), depresión (4,9%) y trastorno por ansiedad generalizada (3,4%) (10). Durante el último decenio, la mayor parte de los países de LAC han experimentado un crecimiento económico y científico (11,12), cambios políticos desde regímenes dictatoriales hasta democráticos (13), movimientos de derechos civiles e implementación de políticas de salud nacional que han conducido a un incremento de la esperanza de vida y una reducción de la mortalidad infantil (8).

POLÍTICAS DE SALUD MENTAL Y EXPERIENCIAS CLAVE

En 2001, 70% de los países de Latinoamérica y el Caribe tenían una política de salud mental y sólo 10% tenían una legislación específica para la salud mental (14,15). Además, 50% tenían una tasa de psiquiatras inferior a 2,0 por 100.000 habitantes, 70% tenían menos de 20% de camas psiquiátricas en hospitales generales, 30% no proporcionaban psicoactivos esenciales y la mayor parte de los países asignaban menos de 2% del presupuesto de salud a la salud mental. La cobertura de

tratamiento es limitada y la mayor parte de los países todavía centralizan las actividades de salud mental en hospitales psiquiátricos (15).

La Declaración de Caracas fue la piedra angular para desencadenar la reforma psiquiátrica en los países de LAC (16-18). Los principios que sirvieron de guía de la declaración fueron proteger los derechos humanos, promover la atención a la salud mental dentro del sistema de atención primaria, trasladar la atención psiquiátrica de pacientes hospitalizados desde los hospitales psiquiátricos hasta los hospitales generales y construir una red poblacional de opciones de atención para las personas con trastornos mentales. Estos principios estimularon el cambio de la atención basada en el hospital a la población (15,17) y desde entonces un nuevo modelo de atención a la salud mental se ha implementado de manera heterogénea según las políticas locales y los recursos económicos (16,18). Se han observado algunos avances en la integración de la salud mental en la atención a la población en países como Argentina, Brasil, Chile, Cuba, El Salvador, Guatemala, Jamaica, México, Nicaragua y Panamá (19,20). Seleccionamos 11 experiencias clave, que se resumen de la manera siguiente.

Argentina: la experiencia de Río Negro

Río Negro, un estado de la Patagonia en el sur de Argentina, con una población de 600.000 habitantes, fue la región donde avanzaron más los cambios en los servicios de salud mental en Argentina. Esto ocurrió sobre todo después de la aprobación de la ley 2440, en la cual se garantizaba el tratamiento y la rehabilitación para todas las personas con trastornos mentales. El hospital psiquiátrico se clausuró y fue reemplazado por camas psiquiátricas en hospitales generales y hogares intermedios. Los equipos de salud mental ahora están situados en hospitales generales locales y proporcionan supervisión y atención a pacientes remitidos por los médicos de atención primaria (21). Se ha establecido un curso que se enfoca en los servicios de salud mental y un programa de residencia en la atención a la salud mental de la población ayuda a la incorporación de los profesionales de la salud mental.

Argentina: la experiencia de Neuquén

La provincia del Neuquén está situada en la Patagonia, con 350.000 habitantes. La reforma de salud fue iniciada en 1970 y esta provincia lideró el desarrollo de los sistemas de atención a la salud de la población en los países de Latinoamérica y el Caribe. La provincia se divide en seis zonas, con diferentes grados de complejidad de atención a la salud. En las zonas rurales, el primer contacto se establece con curanderos tradicionales o médicos generales, quienes funcionan bajo supervisión especializada. El sistema público opera con 10 camas psiquiátricas en un hospital general y una unidad de destoxificación. En 1995, una organización no gubernamental (NGO) inició el programa de rehabilitación AUSTRAL, que ofrece capacitación durante un mes a un año para los médicos de atención primaria y los profesionales de la salud mental.

Belice

Belice es un país con ingresos medios bajos, situado en Centroamérica con una población de 270.000 habitantes (20,22). El sistema de salud consta de 37 centros de salud primaria, tres policlínicas, dos servicios de salud mental ambulatorios, cuatro camas psiquiátricas en una sala hospitalaria general y ocho hospitales públicos generales (20). Un programa para la capacitación de enfermeras psiquiátricas se inició con el apoyo técnico proporcionado por la Organización Panamericana de la Salud (PAHO). Las enfermeras son supervisadas por los dos psiquiatras disponibles en el país y participan en el ingreso y el alta de pacientes, analizan los efectos secundarios de los medicamentos y llevan a cabo psicoterapia. Se comunican con escuelas, organizan actividades para los pacientes y proporcionan atención a domicilio en las zonas rurales.

Brasil: la experiencia de Sobral

Sobral es una ciudad de Ceará, un estado en el noreste de Brasil con 175.000 habitantes. Hay dos centros de salud mental en la población especializados, una unidad de urgencias psiquiátricas, un centro de atención residencial (albergue) y centros de salud primaria con programas de salud para la familia. Estos programas son operados por médicos y otros profesionales de la salud. Los pacientes con trastornos mentales son valorados y tratados por médicos generales y los casos graves son remitidos a los equipos de salud mental. Además, los especialistas proporcionan supervisión continua a los médicos generales (23).

Brasil: la experiencia de Campinas

Campinas es una ciudad localizada en el estado de Sao Paulo y tiene aproximadamente un millón de habitantes. En 1990, se remodeló el hospital psiquiátrico y se crearon nuevos servicios: una unidad para atención a crisis, una unidad para atención a la dependencia química, unidades ambulatorias y un centro social y cultural. El sistema de salud mental ahora consta de seis centros poblacionales de salud mental especializados que funcionan las 24 horas, con 32 camas psiquiátricas (24). Estos servicios proporcionan atención a las personas con trastornos mentales moderados y graves. Además, los equipos de salud mental proporcionan apoyo y supervisión técnica para los profesionales de la salud en la atención primaria (25).

Treinta centros residenciales de salud mental atienden a 150 pacientes con internación crónica que fueron dados de alta del hospital psiquiátrico.

Brasil: la experiencia de Belo Horizonte

Belo Horizonte es una ciudad en el estado de Minas Gerais, con una población de 2,5 millones de habitantes. Hay siete centros de atención a la salud mental de la población especializados que comprenden atención de urgencia y ocho centros de atención primaria a la salud (26,27). Los centros de salud mental de la población fueron concebidos para atender casos graves que se solían remitir al hospital psiquiátrico.

Brasil: la experiencia de Santos

Santos es uno de los puertos más grandes de Latinoamérica, situado en el estado de Sao Paulo, con aproximadamente 420.000 habitantes. La reforma psiquiátrica comenzó hace 20 años, el principal hospital psiquiátrico de la ciudad se cerró y se implementaron los servicios de salud mental de la población (28,29). En 2005, algunas acciones importantes ayudaron a respaldar los sistemas de salud mental: inversiones para crear unidades de salud mental en la población; un incremento del número de trabajadores de la salud mental; capacitación en salud mental para los profesionales de la salud; y la implementación del Programa de Retorno al Hogar (beneficios para pacientes psiquiátricos que salen de hospitales). En la actualidad, se cuenta con cinco centros de salud mental en la población y seis servicios de salud mental ambulatorios. Se proporcionan 25 camas psiquiátricas en centros de la población y en el hospital general. Hay 13 equipos de salud mental que trabajan en los centros de atención primaria. No hay centros residenciales para los pacientes después del alta y las camas psiquiátricas son insuficientes para cubrir las necesidades de los casos agudos, lo que significa que se llevan a cabo algunas hospitalizaciones psiquiátricas muy lejos de la ciudad.

Chile

La población de Chile asciende a 16 millones de habitantes. La Reforma Chilena fue declarada en 1993 cuando se establecieron hogares de grupos para las poblaciones que recientemente se habían extraído de las instituciones y se crearon programas de salud mental en hospitales de atención diurna. En 1997, el Ministerio de Salud estableció un plan de salud mental, basado en las prioridades establecidas mediante estudios epidemiológicos (30). Después de esto, la repercusión de un estudio que mostró que la depresión se puede tratar a una escala extensa a bajo costo (31) condujo al gobierno a establecer un plan para tratar la depresión en forma nacional. Como parte de la Reforma de Salud Chilena, se incluyó la depresión en el régimen de garantías de salud, proporcionando cobertura económica y tratamiento para 56 enfermedades prioritarias (32). El principal componente del programa de depresión fue incorporar equipos de salud mental en la atención primaria, establecer diagnósticos normalizados, promover la formación educativa para los pacientes y familias, proporcionar sesiones psicosociales principalmente para los casos moderados y leves, uso de antidepresivos en los casos graves y vigilancia y valoración de la factibilidad y eficacia del programa (33).

En la actualidad, el sistema de salud mental está basado principalmente en la atención primaria y en los hospitales generales, aunque incluye equipos especializados psiquiátricos y hospitales psiquiátricos (32,33). Los centros de salud mental ambulatorios a menudo están adscritos a hospitales generales y hay muchos hogares de grupos para las personas no hospitalizadas y los enfermos mentales de todo el país (33).

Cuba

La población de Cuba consta de 11 millones de habitantes. La Declaración de Caracas y la Carta de La Habana en 1995 contribuyeron a reorientar el sistema de salud mental (34,35). Los centros de la población fueron concebidos para coordinar, organizar y capacitar los recursos humanos en salud mental de todo el país, lo cual contribuyó a un incremento de la cobertura de la población (aproximadamente un centro para 30.000 personas) (36). El sistema opera en tres niveles de atención: el nivel primario, que consta de centros de salud mental en la población, equipos de salud mental en policlínicas y médicos de familia; los servicios psiquiátricos en los hospitales generales donde se dispone de equipos para intervención en crisis; y hospitales psiquiátricos.

Jamaica

La población de Jamaica es de un orden de 2,7 millones de habitantes. Los servicios de salud están organizados por regiones. Se utilizan las salas de hospitales generales para tratar casos agudos, ofreciendo asistencia de urgencia durante 24 horas. Las clínicas de pacientes ambulatorios son operadas por psiquiatras y funcionarios de salud mental (MHO) que son enfermeras capacitadas especializadas, expuesta a conocimientos en psiquiatría de la población, psicología, trabajo social, psicofarmacología y atención a los pacientes. Los MHO proporcionan control de crisis, tratamiento en el domicilio y atención asertiva externa, siendo autorizados por un acta de ley de salud mental para llevar a cabo la detección cuando sea necesario. Los MHO ven a pacientes en las clínicas de atención primaria y ambulatoria. La medicación se inicia en colaboración con un médico de atención primaria y los casos graves y más complejos son remitidos a los psiquiatras (37,38).

México: la experiencia de Hidalgo

La experiencia de Hidalgo se refiere a la clausura del manicomio Ocaranza en el año 2000. Este manicomio estaba ubicado en el estado de Hidalgo, una región central de México con una población de 2,5 millones de habitantes. Dos ONG, la Mental Disability Rights International y la Fundación Mexicana para la Rehabilitación de los Enfermos Mentales, y activistas civiles jugaron un papel decisivo para detonar el proceso de reforma, al denunciar las situaciones extremas y las violaciones a los derechos humanos incurridas en los centros psiquiátricos. El manicomio fue reemplazado por 10 villas que se construyeron como alternativas residenciales, más una sala psiquiátrica aguda de 30 camas con un servicio de urgencias de 24 horas (39).

ENSEÑANZAS APRENDIDAS

Como se muestra en la sección previa, muchas iniciativas innovadoras están implementándose en la región (40). Está

disminuyendo el número de camas psiquiátricas en hospitales custodiales; ha habido un incremento moderado de las unidades psiquiátricas en hospitales generales; y la atención a la salud mental lentamente se está convirtiendo en un componente integral de la atención a la salud primaria. Sin embargo, el cuadro global es mixto: en casi todos los países se dispone de muy pocos servicios en la población, sobre todo para niños y ancianos, y sigue siendo insuficiente la capacidad para vigilar y valorar los servicios y programas.

La experiencia de Chile documenta el poder de los estudios bien realizados para influir en la política. De hecho, fue el documento publicado en Lancet por Araya et al (31) lo que condujo a la impresionante expansión nacional del tratamiento de la depresión en la atención primaria.

Las experiencias de Río Negro y del estado de Hidalgo muestran que un sistema que tiene éxito en una determinada región puede servir de modelo para expandir la atención a la población de todo el país.

Varias experiencias clave documentan la importancia de la participación de enfermeras psiquiátricas en la atención a la salud mental en la población. En Belice, el éxito de la incorporación de las enfermeras psiquiátricas se debió principalmente al alto grado de capacitación en salud mental ofrecido por estos profesionales. La supervisión estrecha por psiquiatras y el hecho de que trabajan utilizando protocolos y directrices normalizados. En Jamaica, las enfermeras bien capacitadas fueron el elemento fundamental para integrar la atención a la salud mental en el sistema de salud. En Río Negro, las enfermeras psiquiátricas redujeron con eficacia la resistencia de profesionales de la salud a tratar a las personas con trastornos mentales y en educar a las familias y a la población en torno a la atención a la salud mental.

Las colaboraciones con las ONG, las instituciones privadas y otros organismos internacionales fueron esenciales para detonar la reforma psiquiátrica en México (experiencia de Hidalgo), al defender los derechos humanos de personas con trastornos mentales. El denunciar las violaciones de derechos humanos también ha detonado el cierre de los hospitales psiquiátricos en Brasil (Santos y Sobral). Como se muestra por la experiencia mexicana, es decisivo hacer que todas las partes participantes se integren para formular un plan de acción.

CONCLUSIONES

Reforma significa proteger los derechos humanos de pacientes, proporcionar los mejores tratamientos disponibles, tratar los casos graves en la población, utilizar las modalidades de atención lo menos restrictivas que sean posibles. Sin embargo, cabe hacer notar que ningún sistema de salud mental puede funcionar con camas insuficientes para hospitalizaciones agudas. Donde se disponía de menos camas para agudos que las necesarias, como en el caso de Santos, fue necesario trasladar los casos agudos a otras ciudades, ocasionando sufrimiento innecesario a los pacientes y sus familias. Un problema crucial está representado por la escasez de recursos humanos, sobre todo psiquiatras y enfermeras especializadas, lo que conduce a una sobrecarga de trabajo para las profesionales de la salud mental, que representan en algunos países un factor poderoso que conduce a la fuga de cerebros. El ejemplo de Chile, donde los programas de salud mental se basaron en datos científicos, debe tomarse en cuenta sobre todo por países con más recursos económicos, como Brasil, Argentina y México.

Agradecimientos

Los autores desearían agradecer a los Dres. R. Alvarado y R. Araya, quienes brindaron colaboración importante sobre Chile; al Dr. J. Rodríguez, quien solicitó los informes de diversos países; al Dr. V.A. Basauri, quien proporcionó los materiales de Panamá; y al Dr. C. Hanlon, quien ayudó a revisar el documento.

Bibliografía

- Hanlon C, Wondimagegn D, Alem A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa. *World Psychiatry* 2010;9:185-9.
- Semrau M, Barley E, Law A et al. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry* 2011;10:217-25.
- Drake RE, Latimer E. Lessons learned in developing community mental health care in North America. *World Psychiatry* 2012;11:47-51.
- McGeorge P. Lessons learned in developing community mental health care in Australasia and the South Pacific. *World Psychiatry* 2012;11:129-32.
- Ito M, Setoya Y, Suzuki Y. Lessons learned in developing community mental health care in East and South East Asia. *World Psychiatry* 2012;11:186-90.
- Maj M. Mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:65-6.
- Maj M. Report on the implementation of the WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2011;10:161-4.
- Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:67-77.
- Alarcon RD. Mental health and mental health care in Latin America. *World Psychiatry* 2003;2:54-6.
- Kohn R, Levav I, Caldas-Almeida JM et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica* 2005;18:229-40.
- Razzouk D, Zorzetto R, Dubugras MT et al. Leading countries in mental health research in Latin America and the Caribbean. *Rev Bras Psiquiatria* 2007;29:118-22.
- Razzouk D, Gallo C, Olifson S et al. Challenges to reduce the "10/90 gap": mental health research in Latin American and Caribbean countries. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:490-8.
- Larrobla C, Botega NJ. Restructuring mental health: a South American survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:256-9.
- World Health Organization. *Mental health atlas*. Geneva: World Health Organization, 2005.
- Caldas de Almeida JM. Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica* 2005;18:314-26.
- Levav I, Restrepo H, Guerra de Macedo C. The restructuring of psychiatric care in Latin America: a new policy for mental health services. *J Public Health Policy* 1994;15:71-85.
- Bolis M. The impact of the Caracas Declaration on the modernization of mental health legislation in Latin America and the Englishspeaking Caribbean. Presented at the 27th International Congress on Law and Mental Health, Amsterdam, July 2002.
- Mari J de J, Saraceno B, Rodriguez J et al. Mental health systems in Latin America and Caribbean countries: a change in the making. *Psychol Med* 2007;37:1514-6.
- Caldas de Almeida JM, Cohen A (eds). *Innovative mental health programs in Latin America & the Caribbean*. Washington: Pan American Health Organization, 2008.
- World Health Organization and World Organization of Family Doctors. *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Geneva: World Health Organization and World Organization of Family Doctors, 2008.
- Collins PY. Argentina: waving the mental health revolution banner – psychiatric reform and community mental health in the province of Rio Negro. In: Caldas de Almeida JM, Cohen A (eds). *Innovative mental health programs in Latin America & the Caribbean*. Washington: Pan American Health Organization, 2008:1-32.
- Killion C, Cayetano C. Making mental health a priority in Belize. *Arch Psychiatr Nurs* 2009;23:157-65.
- Henry C. Brazil: two experiences with psychiatric deinstitutionalization, Campinas and Sobral. In: Caldas de Almeida JM, Cohen A (eds). *Innovative mental health programs in Latin America & the Caribbean*. Washington: Pan American Health Organization, 2008:33-43.
- Campos RTO, Furtado JP, Passos E et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev Saúde Pública* 2009;43:16-22.
- Figueiredo MD, Campos RO. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva* 2009;14:129-38.
- Silveira MR, Alves M. O enfermeiro na equipe de saúde mental – o caso dos CERSAMs de Belo Horizonte. *Rev Latino-americana Enfermagem* 2003;11:645-51.
- Oliveira GL, Caiaffa WT, Cherchiglia ML. Mental health and continuity of care in health care centers in a city of southeastern Brazil. *Rev Saúde Pública* 2008;42:707-16.
- Andreoli SB, Ronchetti SSB, Miranda ALP et al. Utilização dos centros de atenção psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2004;20:836-44.
- Calipo PCB. *Estudo descritivo do sistema de saúde mental do município de Santos no contexto da reforma da assistência psiquiátrica do sistema único de saúde do Brasil*. Santos: Universidade Católica de Santos, 2008.
- Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental, Chile. *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago: Ministerio de Salud, 2001.
- Araya R, Rojas G, Fritsch R et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003;361:995-1000.
- Araya R, Alvarado R, Minoletti A. Chile: an ongoing mental health revolution. *Lancet* 2009;374:597-8.
- Frammer CM. Chile: reforms in national mental health policy. In: Caldas de Almeida JM, Cohen A (eds). *Innovative mental health programs in Latin America & the Caribbean*. Washington: Pan American Health Organization, 2008:44-60.
- Tablada HRC, Oliva RX. Demanda de atención institucional y psiquiatría comunitaria. *Medisan* 2002;6:11-17.
- Tablada HRC, Oliva RX. Estratégias de proyección comunitaria del hospital psiquiátrico su impacto en los indicadores hospitalarios. *Rev Hosp Psiquiátrico Habana* 2006:3.
- Hernandez BJ, Cabeza AA, Lopez OF. La reorientación de la salud mental hacia la atención primaria en la provincia de Cien-

- fuegos. Departamento de Salud Mental de la Provincia de Cienfuegos. In: Enfoques para um debate en salud mental. Havana: Ediciones Conexiones, 2002:109-37.
37. Collins T, Green P. Community psychiatry and the Pan American Health Organization: the Jamaican experience. PAHO Bull 1976;10:233-40.
 38. McKenzie K. Jamaica: community mental health services. In: Caldas de Almeida JM, Cohen A (eds). Innovative mental health programs in Latin America & the Caribbean. Washington: Pan American Health Organization, 2008:79-92.
 39. Xavier M. Mexico: the Hidalgo experience. A new approach to mental health care. In: Caldas de Almeida JM, Cohen A (eds). Innovative mental health programs in Latin America & the Caribbean. Washington: Pan American Health Organization, 2008:97-111.
 40. Alarcon RD, Aguillar-Gaxiola SA. Mental health policy developments in Latin America. Bull World Health Organ 2000;78: 483-90.

Tecnologías móviles en psiquiatría: nuevas perspectivas de la biología a la cultura

JOEL SWENDSEN, REDA SALAMON

National Center for Scientific Research, University of Bordeaux, 146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux, France

La revolución en las tecnologías móviles ha llegado a la psiquiatría al igual que a otros diversos campos de la atención a la salud (1). Ha permitido a científicos y a profesionales clínicos no sólo reconocer los mecanismos de la psicopatología para «la mayoría de las personas» con un trastorno determinado, sino también comprender mejor al individuo en su especificidad. De esta manera, las tecnologías móviles han permitido a la especialidad cerrar un círculo y plantear interrogantes empíricos que tradicionalmente se han limitado a estudios de casos cualitativos.

Las tecnologías móviles también tienen sus limitaciones pero cuando se combinan con los métodos clásicos en psiquiatría proporcionan nuevas y poderosas oportunidades tanto para la investigación como para el tratamiento.

Presentamos aquí un panorama breve de la utilización de las tecnologías móviles en psiquiatría, lo que comprende sus antecedentes, validez y aplicaciones para comprender el papel de diversos conceptos desde la biología hasta la cultura.

ANTECEDENTES DE TECNOLOGÍAS MÓVILES EN PSIQUIATRÍA

Los métodos de investigación que más se suelen utilizar en psiquiatría confrontan dos obstáculos importantes que impiden pruebas directas de las teorías de la etiología y dificultan el conocimiento de los mecanismos subyacentes.

El primer obstáculo tiene que ver con los periodos tan breves en los cuales se expresan muchos fenómenos patológicos. Los ejemplos de tales fenómenos rápidamente fluctuantes son la relación del estrés y el estado afectivo, la avidez y el consumo de sustancias, la cognición y conductas específicas y muchos otros temas que son centrales a las teorías modernas de los trastornos mentales. Estas asociaciones están limitadas a periodos que fluctúan de segundos a horas, pero se estudia paradójicamente con más frecuencia en periodos de semanas, meses o años a través del empleo de cuestionarios retrospectivos y evaluaciones del estado «general» de los pacientes.

Si bien los protocolos de investigación de laboratorio pueden superar algunos de estos obstáculos temporales, una segunda limitación importante tiene que ver con la validez ecológica limitada de los datos reunidos mediante métodos tradicionales. A menudo es imposible confirmar que las conductas o los estados psicológicos observados en los ámbitos hospitalarios o provocados mediante protocolos de laboratorio reflejen el fenómeno de interés como ocurriría en forma natural.

La vigilancia ambulatoria proporciona una solución parcial a los dos obstáculos al permitir la valoración repetida de la conducta, la emoción y otras experiencias en diferentes momentos durante todo el día y en los contextos naturales de la vida cotidiana.

Pese a la novedad evidente, se ha utilizado la vigilancia ambulatoria en el campo de la salud mental durante más de tres

decenios. El trabajo inicial de Larson y Csikszentmihalyi (2) utilizó el término «método de muestreo de la experiencia» para designar la obtención de información sobre las experiencias de individuos dentro del flujo de la vida cotidiana. Esta metodología ambulatoria poco después fue aplicada a la psiquiatría por un equipo prolífico de investigadores holandeses (3) y cada vez es utilizada más por grupos de investigación de todo el mundo.

La mayor parte de los estudios llevados a cabo en este periodo previo utilizaban métodos basados en documentos impresos en los que los individuos llenaban un cuestionario en torno a sus experiencias o actividades después de una señal generada por una pulsera o una señal acústica preprogramada. Sin embargo, los métodos basados en documentos escritos han sido reemplazados progresivamente por evaluaciones computarizadas que utilizan dispositivos electrónicos móviles (p. ej., microcomputadoras personales de asistencia digital o teléfonos inteligentes). Este enfoque electrónico es muy característico de la valoración momentánea ecológica (4), una técnica de vigilancia ambulatoria para la evaluación de variables en tiempo real y en contextos naturales. Un beneficio principal de las evaluaciones móviles electrónicas con respecto a los métodos basados en documentos impresos es su capacidad para verificar el periodo de obtención de datos y por tanto proporcionar información preecesaria para las conclusiones de causalidad o para comprender la dirección de la relación entre variables correlacionadas.

PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN DE TECNOLOGÍA MÓVIL Y SU VALIDEZ

Las tecnologías móviles permiten flexibilidad en sus aplicaciones y se ha observado una gran variación en el diseño de los estudios. Por regla general, el enfoque de medidas repetidas precisa que cada entrevista electrónica se limite a algunos minutos a fin de reducir el esfuerzo para el paciente. Sin embargo, incluso las entrevistas electrónicas muy breves suelen permitir la valoración de docenas de variables y el empleo de preguntas sincronizadas proporciona entrevistas muy eficientes ya que las nuevas preguntas se plantean sólo cuando son pertinentes y como una función de las respuestas iniciales de los participantes.

El número real de observaciones por día depende de la naturaleza de las variables que se están analizando, su duración probable y las preguntas científicas a la mano. Por ejemplo, las encuestas con distribución en tiempo que tratan de evaluar la frecuencia natural de conductas definidas pueden utilizar 10 o más evaluaciones por día, en tanto que el estudio de variables más estables puede precisar sólo dos o tres evaluaciones. Las entrevistas administradas a los pacientes pueden ocurrir en intervalos fijos o fortuitos dependiendo de los objetivos del estudio y pueden estar «basadas en señales» (en las que el investigador determina el momento de la obtención de datos)

o «basadas en sucesos» (en las que el participante decide el momento para responder de acuerdo con la presentación de un suceso o experiencia específicos).

Por lo que respecta al número de días de evaluación móvil, el periodo que más se suele utilizar es una semana, lo que permite a los investigadores evaluar variables en el lapso habitual de días de trabajo y de descanso. De nuevo, se ha observado una variación considerable en la duración de los estudios, que fluctúan de un día a varias semanas, lo que depende de las metas del estudio específico.

La validez de los protocolos de tecnología móvil se ha analizado en diversas poblaciones psiquiátricas. En la tabla 1 se presenta un resumen de estudios de investigación muy similares (5,6) que han incluido controles no clínicos, así como pacientes con trastornos por ansiedad, trastornos afectivos, esquizofrenia y dependencia de sustancias. Las tasas de cumplimiento excelente se han observado en todas estas poblaciones con una pérdida insignificante de los materiales.

Pese a las inquietudes de que la metodología de evaluación repetida puede volverse engorrosa para los pacientes y que puede cada vez más omitir entrevistas electrónicas en el curso del estudio, no se han observado tales efectos de fatiga. En cambio, los pacientes muestran que se familiarizan cada vez con el dispositivo de evaluación y precisan menos tiempo para llenar las entrevistas electrónicas en el curso del estudio.

EJEMPLOS DE INVESTIGACIÓN CON TECNOLOGÍA MÓVIL

Las tecnologías móviles se han utilizado ampliamente para investigar el rol de variables psicológicas, como estudios subjetivos de estados emocionales, conducta, estrés percibido y otras experiencias. Sin embargo, los datos obtenidos también permiten esclarecer el papel de una gran diversidad de conceptos que tradicionalmente aplican métodos muy diferentes.

Un primer ejemplo se refiere al papel de los biomarcadores relacionados con un determinado trastorno. Por ejemplo, si bien los marcadores biológicos y genéticos específicos son más frecuentes en familiares de individuos con dependencia alcohólica, aún no se ha aclarado la forma en la cual pueden aumentar la vulnerabilidad individual a este trastorno. En un estudio en que se utilizaron tecnologías móviles para analizar la relación de las emociones y el consumo de alcohol, se observó que la ansiedad pronosticaba el empleo del alcohol en las horas subsiguientes del mismo día y se observó una disminución de los síntomas de ansiedad cuando finalmente se ingería alcohol (7). Es importante que este efecto de «automedicación» variase en grado importante dependiendo de si el individuo tenía un antecedente familiar de alcoholismo.

Es decir, los individuos con un antecedente familiar positivo necesitaban una mayor dosis de alcohol para obtener los mismos efectos «ansiolíticos» que los individuos que no tenían un antecedente familiar de este trastorno. Tales aplicaciones de tecnologías móviles pueden por tanto proporcionarnos información con respecto a los mecanismos potenciales a través de los cuales factores biológicos o hereditarios conducen a un incremento de la vulnerabilidad. De la misma manera, investigaciones recientes han combinado datos de tecnología móvil con hallazgos de imágenes de resonancia magnética a fin de comprender toda la importancia de los biomarcadores para la depresión (8). La combinación de estos métodos modernos permite que la investigación clínica se vincule con la experiencia cotidiana de una manera que no es posible utilizando técnicas de investigación tradicionales.

En el otro extremo de la gama, también cada vez se están analizando más los roles de los factores sociales o culturales en los trastornos mentales utilizando tecnologías móviles. Estudios previos en los que se han utilizado estos métodos han demostrado las características específicas de subgrupos dentro de una determinada sociedad, como por género o grupo étnico (9) y otra investigación también ha analizado la influencia de la variación cultural en ubicaciones geográficamente distintivas. Por ejemplo, Grondin et al (10) valoraron una teoría cognitiva de la depresión en ciudades que tenían antecedentes culturales individualistas y colectivistas diversos. Descubrieron importantes diferencias entre los lugares y en función de marcadores específicos de la inversión en cultura. Tales resultados pueden reflejar diferencias en el valor atribuido a los sucesos sociales u orientados a logros en estas culturas, afectando de esta manera la validez de una teoría muy influyente cuando se generaliza a poblaciones diferentes. De la misma manera, se puede analizar el rol de influencias culturales utilizando tecnologías móviles relativas a una amplia gama de actividades cotidianas, interacciones y cogniciones, a fin de comprender la especificidad de diferentes poblaciones y subgrupos.

CONCLUSIÓN

La utilización de las tecnologías móviles en psiquiatría ha esclarecido nuevos conceptos para comprender la etiología y la expresión de los trastornos mentales. Se ha demostrado que es factible y válida para una amplia gama de trastornos psiquiátricos y su costo se vuelve cada vez más accesible para los investigadores de todo el mundo. Al igual que todos los enfoques, los métodos de tecnología móvil también tienen sus limitaciones, pero su combinación con los paradigmas de investigación tradicionales permite una comprensión más completa del paciente en cuanto a su especificidad.

Tabla 1. Factibilidad y validez de la investigación en psiquiatría mediante tecnología móvil

Variable	Controles (n = 280) ^a	Trastornos por ansiedad (n = 45) ^a	Trastornos afectivos (n = 41) ^b	Dependencia de sustancias (n = 85) ^a	Esquizofrenia (n = 47) ^a
Cumplimiento (%)	83	73	86	80	69
Pérdida de materiales (%)	2	0	0	0	2
Duración (min)	2.9	4.2	4.5	2.9	3.6
Efectos de fatiga ($\gamma \pm EE$)	0.03 \pm 0.03	0.02 \pm 0.05	0.01 \pm 0.03	0.03 \pm 0.03	-0.04 \pm 0.05
Efectos de capacitación ($\gamma \pm EE$)	-0.18 \pm 0.03*	-0.28 \pm 0.05*	-0.12 \pm 0.20*	-0.13 \pm 0.03*	0.31 \pm 0.04*

^aJohnson et al (5); ^bHusky et al (6); *p < 0,01

Esta metodología también proporciona con certeza medios de tratamiento nuevos y más eficaces en los años por venir, lo que comprende intervenciones personalizadas con la capacidad para alentar a los pacientes en tiempo real, realizar ejercicios o aplicar los tratamientos prescritos como se debieran seguir idealmente en sus vidas cotidianas.

Bibliografía

1. National Institutes of Health. Mobile technologies and health care. NIH Medline Plus 2011;5:2-3.
2. Larson R, Csikszentmihalyi M. The experience sampling method. *New Directions for Methodology of Social and Behavioral Science* 1983;15:41-56.
3. Delespaul P, deVries M. The daily life of ambulatory chronic mental patients. *J Nerv Ment Dis* 1987;175:537-44.
4. Shiffman S, Stone AA, Hufford MR. Ecological momentary assessment. *Annu Rev Clin Psychol* 2008;4:1-32.
5. Johnson EI, Grondin O, Barrault M et al. Computerized ambulatory monitoring in psychiatry: a multi-site collaborative study of acceptability, compliance, and reactivity. *Int J Methods Psychiatr Res* 2009;18:48-57.
6. Husky MM, Gindre C, Mazure CM et al. Computerized ambulatory monitoring in mood disorders: feasibility, compliance, and reactivity. *Psychiatry Res* 2010;178:440-2.
7. Swendsen J, Tennen H, Carney M et al. Mood and alcohol consumption: an experience sampling test of the self-medication hypothesis. *J Abnorm Psychol* 2000;109:198-204.
8. Lagadec S, Allard M, Dilharreguy B et al. Linking imaging data to daily life: the example of post-stroke depression. *Neurology* 2011;78:322-5.
9. Shiffman S, Kirchner TR. Cigarette-by-cigarette satisfaction during ad libitum smoking. *J Abnorm Psychol* 2009;118:348-59.
10. Grondin O, Johnson EI, Husky M et al. Sociotropy and autonomy vulnerabilities to depressed mood: a daily life comparison of Reunion Island and metropolitan France. *J Cross-Cult Psychol* 2011;42:928-43.

Promesas y limitaciones de la telepsiquiatría en la atención a la salud mental de adultos del ámbito rural

BRIAN GRADY

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

Los pioneros en telemedicina demostraron ya en la década de 1960 la eficacia y la aceptación de la administración de la salud mental, la educación y el tratamiento clínico a través del medio electrónico. La televisión bidireccional se llevaba a cabo en blanco y negro, con una escasa fidelidad de audio y a menudo en pantallas de video muy pequeñas. Por otra parte, era costosa. No obstante, estos primeros pioneros concibieron experimentos para abordar el principal problema de la época, el acceso de atención a la salud de calidad.

El enfoque de la investigación en la Escuela de Medicina de Dartmouth era brindar atención, a través de la colaboración con médicos de atención primaria y psicólogos de la localidad, a personas con enfermedades mentales graves en su propia población en vez de trasladarlos a un hospital a 43 kilómetros de distancia (1). El empleo de la televisión bidireccional y los resultados de la investigación fueron satisfactorios. C. Wittson (2,3) junto con su investigación en terapias individuales y de grupo mediante televisión bidireccional, también demostró que la destreza en la supervisión administrativa, educación y supervisión psiquiátrica podría trasladarse por medios electrónicos a lugares distantes. De nuevo, esto era costoso, no contábamos con la tecnología rentable para extendernos más allá de la investigación. Sin embargo, hacia el año 1973 tuvimos un nombre para la atención psiquiátrica a través de la televisión interactiva bidireccional: telepsiquiatría (4).

Los avances en tecnología en la década de 1980 y a principios de 1990 condujeron a una reducción de los costos de la telemedicina y a muchos proporcionaron perspectivas de una revolución en la prestación de atención a la salud. Pudimos ver el potencial de llegar a pacientes con regularidad para brindarles atención especializada que no estaba disponible o que tenía una disponibilidad limitada en poblaciones lejanas. La telepsiquiatría también ofrecía opción a pequeñas poblaciones, un aspecto del problema de acceso que pocas veces se resalta.

Las pantallas a color de gran tamaño, actualizadas a 30 cuadros por segundo con tiempo de rezago apenas perceptible, continuaron abatiendo la distancia entre el prestador de cuidados y el receptor. La telepsiquiatría ahora era factible para las organizaciones de atención a la salud (5). Se estableció la American Telemedicine Association (6). Los defensores clínicos comenzaron a compartir casos de éxito en los congresos y aparecieron informes de casos con más frecuencia en la literatura médica general lo mismo que en revistas especializadas en telemedicina.

Hacia mediados de la década de 2000, los costos de las unidades independientes de videoconferencia codificadas y el software para clientes que utilizaban videoconferencias tuvo su nadir. Junto con los avances en la capacidad de telecomunicaciones a gran velocidad utilizando la Internet, sus costos bajos relativos y la accesibilidad creciente de la Internet, ciertamente

estaba a la mano una revolución. Lamentablemente, pese a un mayor número de usuarios, las aplicaciones en la atención a la salud y los partidarios de la telemedicina, no se materializó su incorporación en el ejercicio cotidiano de la atención a la salud. No habíamos hecho lo suficiente para instruir a nuestros colegas, líderes de atención a la salud o autoridades. Los centros de atención a la salud eran y siguen luchando con los costos de la oportunidad de inversión. Incluso los departamentos de psiquiatría académicos redistribuyen con lentitud los recursos, incluidos los residentes en psiquiatría en formación, desde sus roles tradicionales a los que conllevan el empleo importante de tecnología (7). La aceptación de la tecnología depende en gran medida de la utilidad percibida y la facilidad de uso (8).

El ejercer desde un lugar distante también precisa el apoyo administrativo importante en el mantenimiento de registros, envío de recetas y coordinación de horarios, en tanto que los departamentos de tecnología de información están protegiendo sus redes de manera tan estricta que la información de salud electrónica necesaria a menudo no fluye a través de cortafuegos. En la actualidad, las unidades transversales y las redes de video paralelas están resolviendo algunas de las ansiedades de los ingenieros en tecnología de información de la salud y administradores. Sin embargo, la incorporación de registros de salud electrónica y recetas electrónicas, que verdaderamente se necesita para integrar sin obstáculos la telepsiquiatría en el ejercicio cotidiano, sólo está penetrando con lentitud en el mercado de la atención a la salud en muchos países (9-11).

Desde una perspectiva naturalista, la telepsiquiatría se desarrolló donde eran mayores la necesidad y la defensa de los intereses de grupos es decir, zonas rurales y fronterizas. En Estados Unidos, por ejemplo, los primeros líderes en adopción clínica y reglamentaria fueron los estados con pequeñas bolsas de población dispersas en zonas geográficas vastas. Estas poblaciones no eran tan grandes para respaldar los procedimientos de proveedores médicos especializados y subespecializados. Sin embargo, en conjunto, estos grupos de pequeñas poblaciones eran estadísticamente similares a las poblaciones suburbanas o urbanas en cuanto a la epidemiología de las enfermedades mentales. Los partidarios clínicos de la telepsiquiatría, junto con los líderes políticos y gubernamentales locales y regionales, se convirtieron en defensores de grupos y comenzó la financiación de muchos proyectos preliminares de telepsiquiatría rurales y fronterizas. Debido a su adaptabilidad singular a un medio visual de audio, la psiquiatría rápidamente se convirtió en líder en el campo de la telemedicina.

La telepsiquiatría se ha establecido como una modalidad de prestación de atención a la salud viable, ha sido la primera en telemedicina en verse a sí misma de una manera integral y basada en evidencia (12). Las valoraciones psiquiátricas, la gestión de la medicación y la psicoterapia conductiva conduc-

tual tienen suficiente evidencia para considerarse plenamente equivalentes al tratamiento intrapersonal.

Las dificultades en la telepsiquiatría y sus posibles aplicaciones son un campo que necesita investigación adicional. Es necesario valorar muy bien los informes anecdóticos de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria o por estrés postraumático que divulgan más información en telepsiquiatría que en las sesiones personales (13,14). Puede ser fácil pasar por alto los riesgos potenciales que para los pacientes representa divulgar información con demasiada rapidez, antes que sepan qué hacer con sus emociones relativas a pensamientos reprimidos. ¿Están conscientes los telepsiquiatras de estos posibles fenómenos, de manera que puedan reconocer y ayudar al paciente a manejar sin riesgo esta información catártica? Estas son cuestiones de interés para todos los involucrados en la telepsiquiatría, no sólo para la prestación de cuidados a la salud en el ámbito rural.

La telepsiquiatría redistribuye recursos, pero no necesariamente los crea. Los programas de telepsiquiatría dentro de organizaciones y centros académicos comienzan con mucho éxito con partidarios clínicos, por lo general los defensores de la atención médica, estableciendo rápidamente consultorios médicos ellos mismos o con un colega. Sin embargo, los horarios clínicos se saturan con rapidez. El incorporar proveedores adicionales para que atiendan a zonas rurales, en tiempo parcial o completo, los ubica en competencia con los recursos de psiquiatría organizacional existentes. Así mismo, a menos que los directivos de la organización o el gobierno se comprometan a las perspectivas de modificar la forma en que proporcionan atención a la salud mental y reasignar recursos, están destinados a un éxito limitado en el mejor de los casos.

Es primordial que los colaboradores rurales aprecien las limitaciones de los recursos psiquiátricos y, al igual que sus telepsiquiatras urbanos, estén dispuestos a buscar nuevas formas de prestación de cuidados a la salud mental y colaboración (15,16). Las clínicas rurales pueden considerar el intercambio con otras clínicas rurales o prestadores de servicios. Por ejemplo, si una clínica tiene un terapeuta con experiencia en trastorno de la conducta alimentaria, puede intercambiar el tiempo de su terapeuta por el tiempo de un psiquiatra general en otra clínica rural. Las clínicas rurales debieran valorar la formación de cooperativas en salud mental donde puedan intercambiarse recursos limitados, lo que dará por resultado no sólo más recursos, sino el empleo más eficaz de los recursos existentes y las ganancias subsiguientes en resultados provechosos y eficiencia.

Hay varias aplicaciones de la telepsiquiatría que son muy adecuadas para las poblaciones rurales. Una de estas es la terapia de grupo. Este puede ser el tratamiento ideal de algunas enfermedades que ya traen consigo aislamiento o que precisan interacción interpersonal para identificar y modificar conductas interpersonales no saludables (17,18). Las dificultades con la psicoterapia de grupo, incluso en zonas urbanas y suburbanas, está alcanzando la masa crítica de pacientes necesarios para que el grupo tenga éxito. La telepsiquiatría puede juntar pequeños números de pacientes de varias localidades; por lo general tres a cuatro lugares pueden interactuar en una pantalla de tamaño apropiado en una reunión de múltiples puntos.

La telepsiquiatría también proporciona alivio a los psiquiatras de pacientes internos rurales así como de ambulatorios (19). Se puede utilizar el tiempo para vacaciones, descanso y

capacitación. La telepsiquiatría también permite la interconsulta de subespecialidad para pacientes internos y externos en los hospitales de la población rural. Reduce el aislamiento y proporciona colegialidad y apoyo.

Dado que la telepsiquiatría permite redistribuir los recursos, es muy importante que la concienciación cultural esté al frente de esta modalidad de atención (20). La telepsiquiatría representa una gran alternativa para tener acceso a psiquiatras culturalmente competentes para poblaciones específicas o pacientes específicos (21,22). Por ejemplo, Adicciones de Sordos, de la Escuela de Medicina de la Universidad de Maryland ha llegado a zonas rurales del estado con consejeros en adicción tratantes culturalmente capaces. Al utilizar las videoconferencias y sus conocimientos y experiencia en la cultura, estos asesores pueden comunicarse en tiempo real con clientes con discapacidad lingüística y auditiva, una mejora importante con respecto a la transmisión mediante textos o videos (intérpretes). Si no se disponen de prestadores de servicios cultural y lingüísticamente competentes, entonces los intérpretes médicos culturalmente capaces a través de videoconferencias pueden proporcionar una mejora importante en la comunicación y la atención a las poblaciones rurales aisladas.

Veo muchas promesas para la telepsiquiatría en los ámbitos rurales, siempre y cuando proporcionemos lo que es necesario para nuestros pacientes. En mi caso, el regalo del tiempo es el factor de curación decisivo en la relación terapéutica, sea personal o a través de la tecnología. Un «gracias por su tiempo» de un paciente es una declaración profunda que puede trascender la tecnología. Algunos pacientes necesitarán poco de este factor, en tanto que otros necesitarán más. El correo electrónico, los mensajes instantáneos y los textos también precisan un regalo de tiempo y pueden ser alternativas rentables a las videoconferencias interactivas más costosas y dependientes de tecnología.

Al echar un vistazo a nuestra historia de la telepsiquiatría, es fácil ver de qué manera las limitaciones de la telepsiquiatría siguen disminuyendo. La tecnología ha resuelto muchos problemas, en tanto que los proveedores de salud mental han analizado la adaptación y los problemas inherentes a identificar el nicho de la telepsiquiatría en la prestación de atención a la salud y cuidados.

La telepsiquiatría es fluida, adaptable y ajustable y sus únicas limitaciones están en la mente del usuario.

Bibliografía

1. Solow C, Weiss RJ, Bergen BJ et al. 24-hour psychiatric consultations via TV. *Am J Psychiatry* 1971;127:1684-7.
2. Wittson CL, Affleck DC, Johnson V. Two-way television in group therapy. *Mental Hospitals* 1961;2:22-3.
3. Wittson CL, Benschoter R. Two-way television: helping the medical center reach out. *Am J Psychiatry* 1972;129:136-9.
4. Dwyer TF. Telepsychiatry: psychiatric consultation by interactive television. *Am J Psychiatry* 1973;130:865-9.
5. Grady B. TelePsychiatry. In: Wise MG, Rundell JR (eds). *Textbook of consultation-liaison psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press, Inc., 2001:927-36.
6. American Telemedicine Association. What is telemedicine & telehealth? www.americantelemed.org.
7. Graham-Jones P, Jain SH, Friedman CP et al. The need to incorporate health information technology into physicians' education and professional development. *Health Aff* 2012;31:481-7.

8. Davis FD. Perceived usefulness perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly* 1989;13:319-40.
9. Singh R, Lichter MI, Danzo A et al. The adoption and use of health information technology in rural areas: results of a national survey. *J Rural Health* 2012;28:16-27.
10. Yoon D, Chang BC, Kang SW et al. Adoption of electronic health records in Korean tertiary teaching and general hospitals. *Int J Med Inform* 2012;81:196-203.
11. de la Torre I, González S, López-Coronado M. Analysis of the EHR systems in Spanish primary public health system: the lack of interoperability. *J Med Syst* (in press).
12. Grady B, Myers KM, Nelson EL et al. Evidence-based practice for telemental health. *Telemed J E Health* 2011;17:131-48.
13. Simpson S, Knox J, Mitchell D et al. A multidisciplinary approach to the treatment of eating disorders via videoconferencing in north-east Scotland. *J Telemed Telecare* 2003;9(Suppl. 1): S37-8.
14. Thomas CR, Miller G, Hartshorn JC et al. Telepsychiatry program for rural victims of domestic violence. *Telemed J E Health* 2005;11:567-73.
15. Pignatiello A, Teshima J, Boydell KM et al. Child and youth telepsychiatry in rural and remote primary care. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2011;20:13-28.
16. Chung-Do J, Helm S, Fukuda M et al. Rural mental health: implications for telepsychiatry in clinical service, workforce development, and organizational capacity. *Telemed J E Health* (in press).
17. Frueh BC, Monnier J, Yim E et al. A randomized trial of telepsychiatry for post-traumatic stress disorder. *J Telemed Telecare* 2007;13:142-7.
18. Morland LA, Pierce K, Wong MY. Telemedicine and coping skills groups for Pacific Island veterans with post-traumatic stress disorder: a pilot study. *J Telemed Telecare* 2004;10:286-9.
19. Grady B, Singleton M. Telepsychiatry "coverage" to a rural inpatient psychiatric unit. *Telemed J E Health* 2011;17:603-8.
20. Shore JH, Savin DM, Novins D et al. Cultural aspects of telepsychiatry. *J Telemed Telecare* 2006;12:116-21.
21. Mucic D. Transcultural telepsychiatry and its impact on patient satisfaction. *J Telemed Telecare* 2010;16:237-42.
22. Lee O. Telepsychiatry and cultural barriers in Korea. *Stud Health Technol Inform* 2009;144:145-8.

El duelo como criterio de exclusión del diagnóstico de depresión mayor puede no ser aplicable en el contexto de la vida real

Agradecemos a Wakefield y First por citar tres de nuestros artículos en su artículo de análisis sobre la validez del duelo como criterio de exclusión del diagnóstico de depresión mayor (1). Sin embargo, consideramos que su punto de vista sobre nuestro trabajo es parcial y engañoso.

En primer lugar, aducen que en nuestros estudios no se utilizó ninguna capacitación especial o lista de cotejo. Este punto no es correcto, según se aclaró en nuestro primer estudio (2) («se utilizó el módulo EDM de la entrevista estructurada del Mini Inventario Neuropsiquiátrico Internacional (MINI)»), en el segundo (3) («Los médicos tuvieron una sesión de capacitación preliminar al estudio en torno a los criterios de episodio depresivo mayor (EDM) del DSM-IV, lo que comprendió el duelo como criterio de exclusión. Por otra parte, tenían que valorar cada criterio del EDM (sí/no) para verificar el diagnóstico de EDM») y en el tercero (4) («A los profesionales clínicos, que fueron capacitados con respecto a los criterios de EDM del DSM-IV antes del estudio, se les pidió que verificasen cada criterio diagnóstico de EDM del DSM-IV»).

En segundo lugar, aducen que el duelo como criterio de exclusión se aplicó inexactamente en nuestros estudios. Su punto de vista podría ser más dogmático que pragmático. De hecho, nuestros resultados de dos diferentes muestras que comprenden 4.252 profesionales clínicos y 30.603 pacientes (2-4) muestran que el duelo como criterio de exclusión tiene una validez discriminativa deficiente en los individuos que buscan tratamiento. De hecho, hay dos posibles explicaciones de estos resultados. La primera es que el duelo como criterio de exclusión no fue aplicado correctamente por los médicos capacitados que participaron en los estudios. La segunda, mucho más plausible, es que el duelo como criterio de exclusión en realidad no es aplicable en el contexto de la vida real, debido a su complejidad.

Por consiguiente, llegamos a la conclusión de que el duelo como criterio de exclusión del diagnóstico de depresión mayor no es discriminativo en el contexto de la vida real y que se necesitan más estudios con un diseño similar al nuestro para confirmar nuestros datos. Por último, consideramos que el duelo como criterio de exclusión tiene que revalorarse, incluso posiblemente descartarse, en la definición de episodio depresivo mayor del DSM-V.

Emmanuelle Corruble

Paris XI University, INSERM U 669, Department of Psychiatry, Bicêtre University Hospital, Assistance Publique–Hôpitaux de Paris, 94275 Le Kremlin Bicêtre, France

Bibliografía

1. 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.
2. Corruble E, Chouinard VA, Letierce A et al. Is DSM-IV bereavement exclusion for major depressive episode relevant to severity and pattern of symptoms? A case-control, cross-sectional study. *J Clin Psychiatry* 2009;70:1091-7.
3. Corruble E, Falissard B, Gorwood P. Is DSM-IV bereavement exclusion for major depression relevant to treatment response? A casecontrol, prospective study. *J Clin Psychiatry* 2011;72:898-902.
4. Corruble E, Falissard B, Gorwood P. DSM bereavement exclusion for major depression is not relevant to objective cognitive impairment. *J Affect Disord* 2011;130:113-7.

¿Se basó originalmente en datos científicos el duelo como criterio de exclusión del diagnóstico de depresión mayor?

El artículo de Wakefield y First publicado en el número de febrero de 2012 de *World Psychiatry* (1) proporciona un análisis útil del debate en torno al duelo como criterio de exclusión del diagnóstico de depresión mayor en el DSM-IV. Me complace ver la sugerencia útil de los autores de que un antecedente previo de depresión mayor debe tomarse en cuenta en nuestra diferenciación entre el duelo ordinario y el trastorno depresivo mayor.

Sin embargo, el argumento central de los autores parece predicarse sobre la premisa de que existe insuficiente evidencia para «invalidar» el duelo como criterio diagnóstico de exclusión en el DSM; es decir, «... no existe la evidencia propuesta para la invalidez del duelo como criterio de exclusión». Sin embargo, en mi punto de vista, este razonamiento no parece abordar la cuestión fundamental relevante, es decir, «¿Se basó originalmente en datos científicos aceptables el duelo como criterio de exclusión?». De no ser así, supuestamente no es responsabilidad de los críticos del DSM «invalidar» el duelo como criterio de exclusión presente. Por el contrario, la responsabilidad de la prueba debiera recaer en los que consideran que se debiera retener el duelo como criterio de exclusión, dado que no hay una base científica firme para adoptarlo en primera instancia.

Para exponer la situación en términos más generales, es un principio rudimentario de lógica y ciencia que los miembros de un subgrupo de una determinada categoría comparten las características generales de la categoría como un todo, a menos que haya pruebas sobre lo contrario. Así que, por ejemplo, dada la aseveración válida «el ciudadano estadounidense promedio tiene una esperanza de vida al nacer de 78 años», no puede sostenerse la afirmación opuesta «pero esto no se aplica a cualquier ciudadano de Wisconsin», pues no hay la evidencia empírica corroboradora de Wisconsin. Por analogía, si un individuo cumple los criterios de síntomas generales y duración para el trastorno depresivo mayor, la aseveración que se debiera excluir de la categoría de trastorno depresivo mayor basándose en un duelo reciente debe depender de una demostración convincente de que tales individuos difieren en aspectos importantes de otros miembros de la categoría de trastorno depresivo mayor. Sin embargo, esta demostración precisaría la clase

de estudios prospectivos rigurosos y controlados de muestras clínicas que, lamentablemente, nunca se han realizado. Por lo demás, en mi opinión, la «exclusión» no puede basarse sólo en datos retrospectivos (sujetos a sesgo de recuerdos) de muestras epidemiológicas de la población general, como las extraídas de la muestra de la población de la encuesta epidemiológica nacional sobre alcohol y trastornos relacionados (NESARC).

Los estudios originales de Paula Clayton en la década de 1970 —el fundamento y la génesis del duelo como criterio de exclusión que utilizamos en nuestros días— no cumplieron las especificaciones de diseño necesarias. Por ejemplo, los estudios de Clayton no compararon extensas muestras de pacientes con trastorno depresivo mayor con duelo frente a sin duelo —equiparadas en cuanto a edad, género sexual, gravedad de la depresión y síntomas iniciales— ni efectuaron un seguimiento de estos sujetos durante varios años, a fin de valorar diferencias en morbilidad, mortalidad, alteración laboral, número de hospitalizaciones, número de suicidios, etcétera. De ahí que, en primera instancia nunca se tuvo la base científica para el duelo como criterio de exclusión. El aducir que ahora estamos casados con el concepto del duelo como criterio de exclusión porque no se ha «invalidado» por completo es poner el carro científico delante del caballo. El defender el duelo como criterio de exclusión sobre esa base no es útil para el método científico o —lo que es más importante— para la atención a nuestros pacientes deprimidos con duelo (2).

Ronald Pies

*SUNY Upstate Medical University,
Syracuse, NY 13210, USA*

Bibliografía

1. 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.
2. Lamb K, Pies R, Zisook S. The bereavement exclusion for the diagnosis of major depression: to be or not to be. *Psychiatry* 2010;7:19-25.

Razonamiento falaz en el argumento para eliminar del DSM-V el duelo como criterio de exclusión del diagnóstico de depresión mayor

Agradecemos a E. Corruble y R. Pies por sus comentarios sobre nuestro análisis de la evidencia en torno a la validez del duelo como criterio de exclusión (DCE) del diagnóstico de depresión mayor (TDM) del DSM (1).

Con respecto a la primera carta, como lo explicábamos en nuestro análisis, los estudios de Corruble (2-4) no proporcionan evidencia con respecto a la validez de la exclusión, pues se aplicó erróneamente la exclusión. Esta conclusión no es «dogmática» sino que está basada en los datos de Corruble.

Después de entrevistar a pacientes deprimidos, los médicos que participaron en los estudios de Corruble marcaban cada síntoma y criterio de TDM con «sí» o un «no» en un cuestionario. El criterio E (el DCE) para el diagnóstico de TDM precisa que, si ocurre el episodio depresivo durante el duelo, debe tener una o más de algunas manifestaciones que no son características del duelo normal (es decir, retraso psicomotor, sentimientos de inutilidad, ideación suicida, alteraciones intensas, ideas psicóticas o duración de más de 12 meses) que muestren que es explicable mejor como TDM que como un duelo normal. Por consiguiente, una calificación de «sí» en el criterio E indicaba que el episodio era un caso fiable de TDM, en tanto que una calificación de «no» significaba que el episodio se ubicaba en la muestra «excluida» de Corruble. Sin embargo, la gran mayoría de los médicos que marcaban «no» para el criterio E también marcaban «sí» para «retraso psicomotor» (70,6%), «ideación suicida» (36,0%) o «sentimientos de inutilidad» (66,8%). No obstante, el criterio E precisa que estos síntomas no estén presentes para que se excluya un caso, de manera que la calificación «no» para el criterio E era lógicamente incongruente con el «sí» en las calificaciones de síntomas. Si se hubiesen aplicado correctamente el DCE, las calificaciones de estos síntomas necesariamente habrían sido 0% entre los casos excluidos. En esencia, las características de los síntomas servían como una verificación de la validez en la aplicación del DCE por los médicos, y revelaba su invalidez.

Conjeturamos que la falta de capacitación contribuyó a la aplicación incorrecta del DCE por los médicos. Corruble objeto que los médicos recibieron alguna preparación. El hecho de que todavía se confundiesen indica que la redacción doble negativa del DCE precisa simplificación, y propusimos tal simplificación en nuestro análisis. Pero esto no modifica el hecho de que los médicos aplicaron incorrectamente el DCE.

Corruble señala que hay dos posibles explicaciones de los resultados contradictorios —o los médicos aplicaron incorrectamente el DCE o el DCE es tan complejo que no se puede aplicar correctamente en el contexto de la vida real—. Sin embargo, estas dos «explicaciones» significan que no se aplicó el criterio E correctamente, lo que respalda nuestra conclusión.

Al tratar de elevar los errores de sus médicos a una condena general del DCE, Corruble asegura que el DCE es tan complejo que no se puede aplicar en la vida real. Sin embargo, aunque se redacte de manera confusa, el DCE finalmente se basa en la duración, la alteración y los criterios de los síntomas —la mis-

ma clase que se encuentra en casi todas las series de criterios diagnósticos del DSM. Los médicos que al principio aplican erróneamente el DCE por lo general aprenden a aplicarlo correctamente con una capacitación adicional y los entrevistadores profanos han aplicado el DCE satisfactoriamente en estudios de investigación. Por lo demás, los médicos tienen una trayectoria similar para aprender a diagnosticar la depresión en general, con más diagnósticos incorrectos que correctos al principio, de manera que la curva de aprendizaje diagnóstica para el DCE no es única (5).

Las publicaciones de Corruble engañosamente indican que sus estudios revelan la sorprendente gravedad de los episodios con DCE excluido, más que explicar que su muestra «excluida» no sería excluida por el DCE. Por ejemplo, en su carta, Corruble señala que «nuestros resultados... muestran que el duelo como criterio de exclusión tiene una escasa validez distintiva...». Sin embargo, los resultados no muestran nada en torno a la validez distintiva del DCE, pues el criterio no se aplicó en forma apropiada. Estudios de recurrencia reciente descritos en nuestro análisis respaldan sólidamente la validez discriminativa del DCE.

Corruble se plantea en otra parte «¿Debiera retenerse el criterio E para el diagnóstico de EDM?... ¿O se debiera eliminar?» y responde «Lamentablemente, nuestros datos no pueden dar respuesta a estas preguntas» (6). Nuestro análisis explica por qué estamos muy de acuerdo con esta conclusión.

Por lo que respecta a la carta de Pies, adujo en artículos recientes que la evidencia disponible respalda la validez del DCE (7,8). Nuestro análisis muestra que la evidencia que cita Pies no ofrece tal respaldo.

Pies ahora sostiene que no se necesita evidencia para descartar el DCE, pues no hubo evidencia adecuada para haberlo incluido en primera instancia. Sin embargo, los procedimientos establecidos para revisar el DSM sensiblemente precisan que los cambios estén justificados por la evidencia (9). Si se adoptara en general la norma propuesta por Pies para el DCE de que debe haber estudios metodológicamente perfectos para justificar la retención de un criterio, entonces gran parte del DSM debiera descartarse junto con el DCE. Sin embargo, en muchos casos, incluido el DCE, no hay motivos satisfactorios vinculados a la observación médica y que sean pertinentes sino evidencia imperfecta que permite un criterio plausible del posible estado de un trastorno, mientras no se obtenga más evidencia. La propia norma de Pies al aducir que se descarte el DCE fue la «mejor evidencia disponible» o la «preponderancia de la evidencia» pese a los datos limitados con que contamos (7,8).

Pies descarta en suma los estudios prospectivos de Clayton (10,11) previos al DSM-III sobre el duelo como justificación para la introducción del DCE. Sin embargo, cualesquiera que sean sus limitaciones, tales estudios proporcionaron evidencia crucial y todavía persuasiva de que algunos síntomas de TDM también son frecuentes en el duelo normal y que el DCE es necesario para evitar positivos falsos masivos. Estudios re-

cientes confirman las conclusiones iniciales de Clayton (véase adelante).

Pies sostiene que «la solidez de la prueba debiera recaer en quienes consideran que debiera retenerse el duelo como criterio de exclusión».

Aunque esta afirmación es cuestionable por los motivos antes señalados, no obstante no se ha cumplido esta solidez. Como lo explicamos en nuestro análisis, en dos estudios recientes en que se utilizaron diferentes muestras y periodos de seguimiento se llegó a conclusiones convergentes —que el tener un episodio con DCE excluido no eleva la probabilidad de recidiva de depresión sobre las tasas fundamentales, en tanto que otros tipos de TDM tienen tasas de recidiva mucho mayores que los grados observados en la población (12,13). El rechazo de Pies de tal evidencia derivada de estudios epidemiológicos ignora los múltiples motivos bien conocidos de por qué tales estudios ofrecen evidencia científica superior y constituyen el fundamento de muchas de las evaluaciones de validez del DSM. El rechazo de la evidencia epidemiológica por Pies también es algo vacío porque citó principalmente estudios epidemiológicos o análisis que se basaban en ellos al aducir la eliminación del DCE (7,8).

El principal razonamiento de Pies en contra del DCE ha sido que no hay evidencia de que los episodios con DCE excluido sean «fundamentalmente diferentes», «menos graves o persistentes», tengan diferentes «implicaciones de pronóstico o tratamiento» o «difieran significativamente... por lo que respecta a cuadro de síntomas, riesgo de recidiva o resultados clínicos» de otros TDM (7,8). Todas estas afirmaciones se contradicen por la evidencia de recurrencia reciente. Pies asevera que es una «cuestión rudimentaria de lógica» que los individuos con duelo que cumplen los criterios para TDM debieran considerarse trastornados, a menos que haya evidencia que difieren en grado importante de otros casos de TDM. Esto de hecho no es un principio lógicamente válido (tal inferencia está justificada sólo si se ha establecido primeramente la homogeneidad esencial del síndrome global, algo que no se ha hecho para algún síndrome definido en el DSM, no digamos el EDM), pero no importa. Los estudios de recurrencia (12,13) proporciona precisamente la evidencia exigida de diferencias importantes. Conforme a las normas señaladas por el propio Pies, la evidencia respalda la retención del criterio DCE.

Jerome C. Wakefield¹, Michael First²

¹*Department of Psychiatry, School of Medicine, New York University, 550 First Avenue, New York, NY 10016, USA;*

²*Department of Psychiatry, Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York, NY 10032, USA*

Bibliografía

1. 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.
2. Corruble E, Chouinard VA, Letierce A et al. Is DSM-IV bereavement exclusion for major depressive episode relevant to severity and pattern of symptoms? A case-control, cross-sectional study. *J Clin Psychiatry* 2009;70:1091-7.
3. Corruble E, Falissard B, Gorwood P. Is DSM-IV bereavement exclusion for major depression relevant to treatment response? A casecontrol, prospective study. *J Clin Psychiatry* 2011;72:898-902.
4. Corruble E, Falissard B, Gorwood P. DSM bereavement exclusion for major depression is not relevant to objective cognitive impairment. *J Affect Disord* 2011;130:113-7.
5. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* 2009;374:609-19.
6. Corruble E, Falissard B, Gorwood P. Dr. Corruble and colleagues reply. *J Clin Psychiatry* 2011;72:1155-6.
7. Pies R. Depression and the pitfalls of causality: implications for DSM-V. *J Affect Disord* 2009;116:1-3.
8. Lamb K, Pies R, Zisook S. The bereavement exclusion for the diagnosis of major depression: to be or not to be. *Psychiatry* 2010;7:19-25.
9. Kendler KS, Kupfer D, Narrow W et al. Guidelines for making changes to DSM-5. www.dsm5.org.
10. Clayton P, Desmarais L, Winokur G. A study of normal bereavement. *Am J Psychiatry* 1968;125:168-78.
11. Clayton P, Halikas JA, Maurice WL. The depression of widowhood. *Br J Psychiatry* 1972;120:71-7.
12. Mojtabai R. Bereavement-related depressive episodes: characteristics, 3-year course, and implications for the DSM-5. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:920-8.
13. Wakefield JC, Schmitz MF. Recurrence of bereavement-related depression: evidence for the validity of the DSM-IV bereavement exclusion from the Epidemiologic Catchment Area Study. *J Nerv Ment Dis* (in press).

Perspectivas de residentes sobre el futuro de la psiquiatría: una gran cantidad de retos nos esperan

En 2010 Katschnig publicó un artículo en esta revista sobre los retos internos y externos que afronta la psiquiatría como profesión (1). En el artículo se identificaban seis desafíos para la especialidad: tres internos (confianza decreciente en torno a la base de conocimientos relativos al diagnóstico y la clasificación; confianza decreciente en torno a la base de conocimientos relativos a las intervenciones terapéuticas; y falta de una base teórica coherente) y tres externos (insatisfacción de pacientes; competencia por otras profesiones; y una imagen negativa ante el público). La Junta de la Federación Europea de Residentes en Psiquiatría (EFPT) decidió llevar a cabo una encuesta en línea entre los residentes con respecto a sus opiniones en torno a estos y otros retos similares.

En el cuestionario se les preguntaba a los informantes: a) indicar los tres retos futuros más importantes para la psiquiatría como profesión y los retos para los residentes de posgrado en psiquiatría y b) evaluar la importancia de ocho aseveraciones que reflejaban los principales retos (todos ellos derivados de los seis identificados por Katschnig) por lo que respecta a su importancia en una escala de Likert de cuatro puntos (muy importante, importante, no importante, absolutamente no importante). Sesenta y seis residentes de 32 países, que representaban asociaciones de residentes nacionales dentro de la EFPT, participaron en esta encuesta. Treinta y nueve por ciento eran hombres; la media de edad era $30,9 \pm 3,7$ y el número medio de años de formación terminada era $3,3 \pm 1,6$.

En la pregunta abierta sobre las tres amenazas futuras más importantes para la psiquiatría como especialidad, la imagen negativa de la psiquiatría ante el público se mencionó con más frecuencia (45,4%), seguida por los resultados cuestionables de estudios en torno al tratamiento psiquiátrico (42,4%) y por la falta de fundamento teórico coherente de la disciplina (34,8%). Otras cuestiones de interés fueron la financiación del sistema de salud mental, el rol de las compañías farmacéuticas, el descontento de los pacientes y los problemas de incorporación a la psiquiatría.

Las ocho preguntas cerradas tuvieron una tasa de aprobación muy alta («importante» o «muy importante»). Casi nueve de 10 informantes (87,9%) consideraron la imagen negativa de la psiquiatría ante el público como amenazante, y en relación con esto, a casi tres cuartas partes (74,2%) les preocupaba el bajo estatus de la psiquiatría dentro de la medicina en general. Una mayoría consideró que la validez cuestionable del diagnóstico psiquiátrico (83,3%), los resultados cuestionables de

la investigación científica (78,1%) y la confianza decreciente en los resultados de los estudios de intervención terapéutica (72,3%) representan un reto. Un grado de aprobación más baja, pero todavía por arriba del 70%, se obtuvo para las ideologías y conceptos contrapuestos dentro de la psiquiatría (71,2%). Las amenazas menos importantes se observaron en las críticas crecientes de pacientes y cuidadores (66,7%) y la intrusión de otras profesiones en el campo tradicional de competencia de la psiquiatría (63,1%). En relación con el futuro de la capacitación psiquiátrica, se identificaron dos retos decisivos: mejorar la calidad de las oportunidades educativas (62,1%) y lograr la normalización internacional de los programas de capacitación (31,8%).

Sin duda, el aspecto de la imagen negativa de la psiquiatría ante el público y los problemas de la validez de los estudios sobre diagnóstico y tratamiento psiquiátrico representan la principal inquietud de los residentes en psiquiatría en Europa, lo cual concuerda con hallazgos previos (2). Sin embargo, lo que es tranquilizador es que 94% de los informantes no están pensando ahora en dejar el campo de la psiquiatría y el mismo número recomendaría a los estudiantes de medicina seleccionar la psiquiatría como una especialidad. Más del 80% dijo que la psiquiatría fue su primera opción de especialidad. Así que este es un grupo decidido, que ve los problemas, pero que ciertamente cooperará para atacarlos.

*Alexander Nawka¹, Martina Rojnic Kuzman²,
Domenico Giacco³*

*¹Department of Psychiatry, First Faculty of Medicine,
Charles University in Prague, Czech Republic;*

*²Department of Psychiatry, Zagreb University Hospital
Centre, Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croacia.*

*³Department of Psychiatry, University of Naples SUN,
Naples, Italy*

Bibliografía

1. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry* 2010;9:21-8.
2. 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.

El nuevo factor de impacto e índice de inmediatez de World Psychiatry

MARIO LUCIANO

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

El nuevo factor de impacto de *World Psychiatry*, basado en las citas del año 2011 de artículos publicados en la revista en los años 2009 y 2010, es 6,233. El factor de impacto de la revista era 3,896 en 2009, 4,375 en 2010 y 5,562 el año pasado.

La revista figura entre las primeras 10 revistas de psiquiatría y después de sólo *American Journal of Psychiatry*, *Archives of General Psychiatry* y *British Journal of Psychiatry* entre las revistas de psiquiatría general.

Los artículos que recibieron el mayor número de citas durante el periodo considerado en el cálculo del nuevo factor de impacto son los artículos especiales de De Hert et al (1) sobre el síndrome metabólico en personas con esquizofrenia, de A.C. McFarlane (2) sobre los costes a largo plazo del estrés traumático, de D. Cicchetti (3) en torno a la resistencia a la adversidad y de A. Bateman y P. Fonagy (4) sobre el tratamiento del trastorno límite de la personalidad basado en la mentalización, los artículos de Guía de la WPA sobre Pasos, Obstáculos y Errores a Evitar en la Implementación de la Atención a la Salud Mental en la Población (5,6) y en torno a cómo combatir la estigmatización de la psiquiatría y los psiquiatras (7); los foros «¿Son los psiquiatras una especie en peligro de extinción?» (8,9), «Fisiopatología de la depresión: ¿Tenemos alguna evidencia sólida de interés para los profesionales clínicos?» (10) y «Uso problemático de Internet —evidencia de investigación y problemas no resueltos» (11); y los Estudios de Investigación de J. Angst et al (12) sobre hipomanía desde una perspectiva transcultural, de O. Gureje et al (13) sobre la Encuesta Nigeriana en torno a la Salud Mental y el Bienestar y de V. Patel et al (14) en torno a la reducción de la brecha del tratamiento de los trastornos mentales.

El nuevo índice de inmediatez de la revista, basado en citas del año 2011 a

estudios publicados en el mismo año, es 2,556. Fue 0,950 el año pasado. La revista figura entre las primeras tres de las revistas psiquiátricas conforme a esta medida, precedida sólo por *Molecular Psychiatry* (3,676) y *American Journal of Psychiatry* (3,583). El índice de inmediatez de *Archives of General Psychiatry* es 2,202. Este índice de inmediatez de la revista se debe principalmente al alto número de citas recibidas por artículos relativos a la elaboración de la ICD-11 (15-19) y por otros estudios de guías, módulos educativos y recomendaciones de la WPA (20-25). El personal editorial de la revista agradece a los autores, a los autores que han citado los artículos y a las comisiones de la WPA quienes han hecho posible estos logros.

Bibliografía

1. De Hert M, Schreurs V, Vancampfort D et al. Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. *World Psychiatry* 2009;8:15-22.
2. McFarlane AC. The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry* 2010;9:3-10.
3. Cicchetti D. Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. *World Psychiatry* 2010;9:145-54.
4. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry* 2010;9:11-5.
5. Maj M. Mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:65-6.
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. Sartorius N, Gaebel W, Cleveland H-R et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry* 2010;9:131-44.
8. Maj M. Are psychiatrists an endangered species? *World Psychiatry* 2010;9:1-2.
9. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry* 2010;9:21-8.
10. Hasler G. Pathophysiology of depression: do we have any solid evidence of interest to clinicians? *World Psychiatry* 2010;9:155-61.
11. Aboujaoude E. Problematic Internet use: an overview. *World Psychiatry* 2010;9:85-90.
12. Angst J, Meyer TD, Adolfsson R et al. Hypomania: a transcultural perspective. *World Psychiatry* 2010;9:41-9.
13. Gureje O, Olowosegun O, Adebayo K et al. The prevalence and profile of non-affective psychosis in the Nigerian Survey of Mental Health and Wellbeing. *World Psychiatry* 2010;9:50-5.
14. Patel V, Maj M, Flisher AJ et al. Reducing the treatment gap for mental disorders: a WPA survey. *World Psychiatry* 2010;9:169-76.
15. 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.
16. 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.
17. 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". *World Psychiatry* 2011;10:175-80.
18. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. *World Psychiatry* 2011;10:81-2.
19. Strakowski SM, Fleck DE, Maj M. Broadening the diagnosis of bipolar disorder: benefits vs. risks. *World Psychiatry* 2011;10:181-6.
20. Bhugra D, Gupta S, Bhui K et al. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry* 2011;10:2-10.
21. Brockington I, Chandra P, Dubowitz H et al. WPA guidance on the protection and promotion of mental health in children of persons with severe mental disorders. *World Psychiatry* 2011;10:93-102.
22. 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.
23. De Hert M, Cohen D, Bobes J et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry* 2011;10:138-51.
24. Wallcraft J, Amering M, Freidin J et al. Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers. *World Psychiatry* 2011;10:229-36.
25. Appelbaum P, Arboleda-Florez J, Javed A et al. WPA recommendations for relationships of psychiatrists, health care organizations working in the psychiatric field and psychiatric associations with the pharmaceutical industry. *World Psychiatry* 2011;10:155-8.

EL CURSO DE CAPACITACIÓN BÁSICO PARA LA GUÍA DE INTERVENCIÓN DE mhGAP DE LA OMS ESTÁ DISPONIBLE PARA ANÁLISIS Y PRUEBA DE CAMPO

En 2010, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la Guía de Intervención de Programa de Acción para la Brecha en Salud Mental (mhGAP-IG), una ayuda clínica para valorar y tratar trastornos mentales, neurológicos y por toxicomanías (MNS) en contextos de salud no especializados (www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP_intervention_guide/en/index.html).

El equipo de la mhGAP de OMS se complace en anunciar los avances en el desarrollo del paquete de capacitación acompañante.

El curso de capacitación básico, que ahora está listo para prueba de campo, comprende 35 horas de capacitación y abarca el conocimiento central y las destrezas para valorar y tratar los trastornos MNS prioritarios basados en la mhGAP-IG (los cuales comprenden psicosis, depresión, epilepsia, trastornos mentales en la infancia y la adolescencia, demencia, trastornos por consumo de alcohol y drogas y suicidio). El objetivo de la capacitación es aumentar la capacidad de médicos no especializados y enfermeras para tratar trastornos del MNS.

Más de 100 expertos han contribuido al paquete de capacitación, el cual se ha iniciado preliminarmente en países como Etiopía, Jordania, Nigeria y Panamá.

El equipo de la mhGAP recomienda a expertos y organizaciones de todo el mundo que analicen y prueben en campo el paquete de capacitación de la mhGAP. Para el acceso a los materiales, sírvase enviar un mensaje de correo electrónico a mhgap-info@who.int con el tema «solicitud de acceso al paquete de capacitación de la mhGAP», con su nombre, afiliación y dirección electrónica.

