

# World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 9, Número 2



Junio 2011

## EDITORIAL

**Diagnóstico psiquiátrico: pros y contras de los prototipos frente a los criterios operacionales**  
M. MAJ

## PERSPECTIVA

**Enseñanzas aprendidas de los desastres de radiación**  
E.J. BROMET

*Comentario*

**Atendiendo las consecuencias de la triple catástrofe japonesa en la salud mental**  
T. AKIYAMA

## ARTÍCULOS ESPECIALES

**Un modelo conceptual para la revisión de la clasificación de los trastornos mentales y de la conducta de la ICD-10**

GRUPO CONSULTIVO INTERNACIONAL PARA LA REVISIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y DE LA CONDUCTA DE LA ICD-10

**Guía de la WPA sobre la protección y la promoción de la salud mental en niños de personas con trastornos mentales graves**

I. BROCKINGTON, P. CHANDRA, H. DUBOWITZ, D. JONES, S. MOUSSA Y COLS.

## FORUM: LAS RELACIONES ENTRE LA PERSONALIDAD Y LA PSICOPATOLOGÍA

**Personalidad y psicopatología**  
T.A. WIDIGER

*Comentarios*

**Más reflexiones sobre la interrelación de la personalidad y la psicopatología**  
T. MILLON

**La diátesis de la personalidad explica las interrelaciones entre el trastorno de la personalidad y otros trastornos mentales**  
P. TYRER

**Personalidad y psicopatología: los peligros del cierre prematuro**  
P.S. LINKS

**Explorando las interrelaciones de la personalidad y el trastorno de la personalidad y sus repercusiones para el DSM-5**  
J.D. MILLER

**Interacción de los trastornos de la personalidad con otros trastornos psiquiátricos concomitantes**  
J.M. OLDHAM

**La personalidad puede ser psicopatología y viceversa**  
S. TORGERSEN

81

**Dificultades en el estudio de la personalidad y la psicopatología**  
T.J. TRULL

113

**Hacia un enfoque en los trastornos mentales basado en las diferencias individuales**  
A. FOSSATI

115

**La influencia de la personalidad sobre el resultado del tratamiento de los trastornos psicopatológicos**  
R.T. MULDER

116

## ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

**Encuesta mundial de WPA-WHO sobre las actitudes de los psiquiatras hacia la clasificación de los trastornos mentales**  
G.M. REED, J. MENDONÇA CORREIA, P. ESPARZA, S. SAXENA, M. MAJ

118

**Estudio randomizado y comparativo del apoyo al empleo en Inglaterra: seguimiento a dos años del estudio Apoyo al Trabajo y las Necesidades (SWAN)**  
M. HESLIN, L. HOWARD, M. LEESE, P. MCCRONE, C. RICE Y COLS.

132

## MÓDULO EDUCATIVO DE LA WPA

**Enfermedades físicas en pacientes con trastornos mentales graves. II. Barreras para la atención, vigilancia y directrices de tratamiento, más recomendaciones al nivel del sistema e individual**  
M. DE HERT, D. COHEN, J. BOBES, M. CETKOVICH-BAKMAS, S. LEUCHT Y COLS.

138

## PERSPECTIVA

**Unidades y programas de trastornos bipolares: ¿realmente son necesarios?**  
E. VIETA

152

## CARTAS AL EDITOR

153

## NOTICIAS DE LA WPA

**Recomendaciones de la WPA para las relaciones de psiquiatras, organizaciones de atención a la salud que operan en el campo psiquiátrico y asociaciones psiquiátricas con la industria farmacéutica**  
P. APPELBAUM, J. ARBOLEDA-FLÓREZ, A. JAVED, C. SOLDATOS, S. TYANO

155

**Actividades del Consejo de Psiquiatras Jóvenes de la WPA: el Plan de Acción en progreso**  
A. FIORILLO, P. BRAMBHATT, H. ELKHOLY, Z. LATTOVA, F. PICON

159

**El 15º Congreso Mundial de Psiquiatría y actividades recientes de la WPA**

159

# World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 9, Número 2



Junio 2011

Traducción íntegra de la Edición Original

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

## EDICIÓN ORIGINAL

**Editor:** M. Maj (Italy)

**Associate Editor:** H. Herrman (Australia)

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

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

## EDICIÓN EN ESPAÑOL

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

**Periodicidad:** 3 números al año

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 9, Número 2, 2011). 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 9, Número 2, 2011). 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.

# Diagnóstico psiquiátrico: pros y contras de los prototipos frente a los criterios operacionales

MARIO MAJ

Presidente, World Psychiatric Association

En este número de *World Psychiatry* publicamos algunos artículos que son pertinentes al proceso de actualización de los dos principales sistemas de diagnóstico y clasificación de que disponemos en el campo de la psiquiatría: la ICD-10 (capítulo sobre trastornos mentales y de la conducta) y el DSM-IV.

En esta etapa resulta claro que los dos procesos de actualización persiguen objetivos que en parte son diferentes. En el caso de la ICD, el principal propósito es mejorar la utilidad del sistema para la salud pública y en concreto la posibilidad de su uso por una gama de profesionales sanitarios. En el caso del DSM-IV el principal objetivo, o uno de los principales objetivos, es que la caracterización clínica de cada paciente sea más exhaustiva y por ello se añaden varias dimensiones al diagnóstico categórico.

Pese a estos objetivos en parte diferentes (y potencialmente divergentes) de los procesos de actualización, se está haciendo lo posible por «armonizar» los dos sistemas diagnósticos. Probablemente tienen en común al menos la misma «metaestructura» y utilizan la misma nomenclatura para designar las principales categorías diagnósticas. Sin embargo, persistirá como diferencia importante el hecho de que la ICD-11 se basará en descripciones narrativas de los diversos trastornos mentales, en tanto que el DSM-5 proporcionará criterios diagnósticos operacionales.

En la Encuesta Mundial de WPA-WHO, cuyos resultados aparecen en este número de la revista (1), más de dos tercios de los participantes (psiquiatras en ejercicio clínico) sostuvieron que un sistema diagnóstico basado en descripciones clínicas tienen más utilidad clínica que uno basado en criterios operacionales. La proporción de los usuarios del DSM-IV que aprueban esta postura fue incluso un poco mayor que la de los usuarios de la ICD-10. Por tanto, parece oportuno reflexionar en las ventajas y las desventajas de los dos enfoques y será el tema de un forum que se publicará en el próximo número de la revista. Mientras tanto son útiles algunas consideraciones preliminares.

La formulación de criterios diagnósticos operacionales para los trastornos mentales en la década de los 70 fue una respuesta a inquietudes importantes en torno a la fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico. El enfoque operacional, cuyo propósito al principio era para el campo de la investigación, después fue propuesto también para el ejercicio clínico ordinario mediante el DSM-III. Ahora está bien documentado que este enfoque aumenta la fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico en el contexto de la investigación. Está mucho menos claro, incluso en Estados Unidos, si el enfoque lo suelen utilizar los profesionales clínicos en el ejercicio profesional ordinario y, por tanto, si realmente daría por resultado un incremento de la fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico en circunstancias clí-

nicas. Por ejemplo, se ha informado que varios profesionales clínicos estadounidenses tienen dificultades para recordar los criterios del DSM-IV correspondientes al trastorno depresivo mayor y pocas veces los utilizan en su ejercicio clínico (p. ej., 2). Así mismo, se ha observado que algunos umbrales y periodos de referencia del DSM-IV no tienen una base empírica sólida (p. ej., 3) y que generan una alta proporción de casos subumbral y «por lo demás no especificados».

En términos más generales se ha mantenido que un enfoque de «equivalencia de prototipo» es más congruente con los procesos cognitivos humanos (y clínicos) que un enfoque de «características definitorias» (p. ej., 5). El proceso clínico espontáneo no implica verificar en un determinado paciente si se presenta o no se presenta cada una de una serie de síntomas y basar el diagnóstico en el número de síntomas manifiestos. Más bien consiste en verificar que las características del paciente coincidan con uno de los modelos de los trastornos mentales que el profesional clínico se ha formado en su mente a través de su formación profesional y experiencia clínica.

Así mismo, algunas investigaciones recientes que se enfocan en diversas clases de trastornos mentales (es decir, trastornos de la personalidad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos por ansiedad) indican que un sistema diagnóstico basado en prototipos refinados puede ser tan fiable como uno basado en criterios operacionales y a la vez ser más fácil de usar o tener más utilidad clínica (p. ej., 6).

Sin embargo, el problema es más complejo de lo que parece. De hecho, si bien probablemente es verdad que muchos profesionales clínicos tienen dificultades para memorizar, recordar y aplicar correctamente los criterios diagnósticos operacionales, no se debe dar por sentado que no tendrán dificultades para memorizar, recordar y aplicar correctamente prototipos propuestos mediante un sistema diagnóstico. Muchos profesionales clínicos se muestran renuentes a modificar los moldes de los trastornos mentales que se han formado en su mente a través de los años. Al ser influenciados por esos moldes, de manera selectiva captan o recuerdan las diversas características de un prototipo, o pueden interpretar en un prototipo elementos de la descripción que realmente no están ahí. Además, la expectativa de que un determinado paciente presentará los diversos componentes de un prototipo puede llevar al profesional clínico a inferir la existencia de aspectos clínicos que en realidad no están presentes en este paciente. Por último, un profesional clínico puede llegar a la conclusión de que un paciente coincide con un determinado prototipo debido a que presenta varios elementos de la descripción del prototipo en tanto que otro puede llegar a la conclusión de que el mismo paciente no concuerda con el prototipo debido a

que no manifiesta otras características. En realidad estos son los sesgos que el enfoque operacional pretende corregir y no se debiera pasar por alto el riesgo de regresar al caos diagnóstico precedente a la publicación del DSM-III.

Así que los enfoques de «correspondencia con un prototipo» y «características definitorias» en el diagnóstico psiquiátrico tienen posibles ventajas y desventajas. Cabe esperar que las investigaciones subsiguientes a la publicación de la ICD-11 y el DSM-5 valoren estos pros y contras de manera sistemática y sirvan de guía para los avances subsiguientes en el diagnóstico y la clasificación de las enfermedades psiquiátricas. Esto muy probablemente ocurrirá si los sistemas aprovechan todo el potencial de los dos enfoques, es decir, si la ICD-11 proporciona descripciones narrativas de los diversos trastornos mentales que no sean menos precisas y detalladas que las listas de síntomas del DSM-IV y el DSM-5 propone umbrales y periodos de referencia que tengan una base empírica aceptablemente sólida.

## Bibliografía

1. Reed GM, Correia JM, Esparza P et al. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry* 2011;10:118-31.
2. Zimmerman M, Galione J. Psychiatrists' and nonpsychiatrist physicians' reported use of the DSM-IV criteria for major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2010;71:235-8.
3. Kendler KS, Gardner CO, Jr. Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. *Am J Psychiatry* 1998;155:172-7.
4. Zinbarg RE, Barlow DH, Liebowitz M et al. The DSM-IV field trial for mixed anxiety-depression. *Am J Psychiatry* 1994;151:1153-62.
5. Ortigo KM, Bradley B, Westen D. An empirically based prototype diagnostic system for DSM-V and ICD-11. In: Millon T, Krueger RF, Simonsen E (eds). *Contemporary directions in psychopathology: scientific foundations of the DSM-V and ICD-11*. New York: Guilford, 2010:374-90.
6. Westen D, Shedler J, Bradley R. A prototype approach to personality disorder diagnosis. *Am J Psychiatry* 2006;163:846-56.

## Enseñanzas aprendidas de los desastres de radiación

EVELYN J. BROMET

*Stony Brook University School of Medicine, Putnam Hall-South Campus, Stony Brook, NY 11794-8790, USA*

La triple catástrofe que comenzó en Japón el 11 de marzo de 2011 no tuvo precedente. Siguiendo los pasos del terremoto y el tsunami devastador, la crisis de la planta de energía nuclear Fukushima Daiichi se agravó a un accidente nuclear de nivel 7, el nivel más grave designado por la Asociación Internacional de Energía Atómica para los accidentes que conllevan emisiones importantes de material radiactivo que tiene el potencial de contaminación ambiental considerable y consecuencias importantes para la salud. La zona de evacuación comprendió 50.000 personas que vivían en 20 kilómetros a la redonda de la instalación. Sin embargo, como ocurrió tras el accidente de Chernóbil, después se identificaron y se evacuaron otras poblaciones con altos niveles de contaminación.

Aunque tres de estos sucesos catastróficos nunca habían ocurrido simultáneamente, es seguro prever por estudios previos de terremotos, maremotos y desastres de centrales de energía nuclear que estos sucesos tendrán consecuencias psicológicas importantes (1-5). Estudios de sucesos de radiación (6) y percepciones del riesgo (7,8) demuestran que esta exposición específica, sea real o percibida (9,10), es muy temida y perniciosa porque se combinó con las armas nucleares y los bombardeos de Hiroshima y Nagasaki durante la Segunda Guerra Mundial. Por consiguiente, los efectos sobre la salud mental posiblemente serán duraderos.

Cuando comenzaron los problemas de los reactores de Fukushima Daiichi, la situación se equiparó al accidente de Three Mile Island en 1979, un suceso de nivel 5 en Pensilvania Central. En ese tiempo, las poblaciones que circundan Harrisburg recibieron información confusa y contradictoria sobre lo que exactamente estaba ocurriendo en el reactor y si estaba en riesgo su salud. El gobernador recomendó a las mujeres embarazadas y a los niños pequeños que vivían cerca, que evacuaran y aunque era opcional, la mayoría de las personas que vivían ocho a 16 kilómetros a la redonda escaparon. La Comisión del Presidente en torno a Three Mile Island documentó una repercusión inmediata en los síntomas de angustia y ansiedad y una desconfianza creciente hacia las autoridades en medio de los informes ambiguos, desconcertantes y contradictorios (11). La investigación subsiguiente ha demostrado la naturaleza resistente al tratamiento de tal desconfianza (8). Estudios longitudinales de residentes que participaron en el informe de la Comisión (12), encuestas realizadas por el Departamento de Salud de Pensilvania (13) y un pequeño estudio prospectivo demográfico (24) demostraron que una gama de síntomas se prolongó hasta seis años después del accidente, los cuales consistían en manifestaciones somáticas, ansiedad generalizada, estrés postraumático y depresión. Nuestra investigación longitudinal determinó que la tasa de depresión clínica y ansiedad en las madres de niños pequeños que vivían cerca de la central fue el doble que la del grupo de comparación en el año subsiguiente al accidente (15). Diez años más

tarde, la depresión, la ansiedad y los síntomas de hostilidad persistían elevados y un 75% de las mujeres estaban preocupadas o inseguras sobre los efectos del accidente en su propia salud o en la de sus niños, preocupaciones que estaban muy relacionadas con los síntomas (16).

Siete años después del accidente de Three Mile Island, explotó el reactor nuclear de Chernóbil en Ucrania. La zona de 30 kilómetros alrededor de la planta fue evacuada de manera permanente y se les dijo a las mujeres embarazadas que se sometieran a abortos. Los evacuados fueron estigmatizados y temidos por las poblaciones donde se asentaban (17). Aunque no hubo declaraciones oficiales de que algo grave hubiese ocurrido, se difundieron rumores en torno a malformaciones congénitas, centenares de miles de muertes y neoplasias malignas ocurridas en países que estaban a muchos kilómetros de distancia (17,18). La investigación realizada seis a 20 años después del accidente en los pueblos y poblaciones contaminadas donde se reubicaron los evacuados, reveló tasas considerables de ansiedad, incluso trastorno por estrés postraumático, depresión y somatización en comparación con testigos (19,20), sobre todo en madres de niños pequeños (21,22) y trabajadores de limpieza (23). En parte, los temores en torno a la contaminación fueron propiciados por médicos locales que de manera indiscriminada atribuyeron muchos problemas médicos a la exposición a la radiación o diagnosticaron a pacientes con radiofobia (17). En el 20º aniversario, el Forum de Chernóbil (24) y otros (25) llegaron a la conclusión de que la salud mental era el efecto sobre la salud pública más importante derivada del accidente nuclear en este lugar. Aunque muchos interpretaron erróneamente que esto significaba que los efectos del accidente de Chernóbil sobre la salud física no eran importantes, el informe del Forum utilizó este hallazgo para promover la importancia de la atención integral a la salud mental y física.

Si la investigación previa es un factor pronóstico del futuro, está claro que las poblaciones japonesas expuestas al triple desastre, sobre todo el desastre de la central de energía nuclear, presentarán síntomas psicológicos y somáticos importantes que serán duraderos en algunos grupos de riesgo. Los pocos informes en inglés sobre las secuelas psicológicas de los bombardeos atómicos de Hiroshima y Nagasaki respaldan esta predicción (26-28). Por consiguiente, la exposición a la radiación pudo haber desencadenado temores persistentes en torno a la aparición de neoplasias malignas y depresión a largo plazo, independientemente de la dosis efectiva de exposición a la radiación recibida. No obstante, la mayoría de los sobrevivientes de sucesos extremos son resistentes frente a la adversidad (2,3). Por tanto, las investigaciones futuras en Japón debieran enfocarse en poblaciones vulnerables, como son las madres con niños pequeños evacuados o que permanecieron cerca de Fukushima o en Tokio, las mujeres embarazadas y



los niños pequeños que viven en ciudades que resultaron con altos niveles de contaminación, trabajadores de la central nuclear y sus familias, los ancianos que vivían en albergues, evacuados que perdieron sus trabajos y fuentes de subsistencia y los sobrevivientes a la bomba A y su descendencia. Con base en investigaciones previas, los aspectos más sobresalientes de la salud mental serán la ansiedad relacionada con la salud, las manifestaciones somáticas, la ira, el sentido de abandono, el estigma y la desconfianza en las autoridades. Es decisivo que se cree un registro para enumerar a los individuos afectados de manera directa o indirecta por estos sucesos y documentar el grado de exposición que resistieron.

¿Qué se puede hacer a corto plazo para evitar o reducir los temores, las preocupaciones, la ira o desconfianza que son de esperar? En primer lugar, los funcionarios de la central nuclear y del gobierno debieran ser honestos con respecto a lo que se sabe y no se sabe sobre la situación en la central y alrededor de la misma (29). En segundo lugar, en el futuro previsible se debiera disponer de centros de vigilancia de dosimetría en todo Japón. En tercer lugar, la mayoría de las personas con síntomas psiquiátricos frecuentes no buscan atención profesional, incluso en Japón (30). Los que buscan tal atención a menudo acuden a médicos generales o a pediatras con síntomas somáticos (31). Los médicos deben comprender los verdaderos efectos sobre la salud de la exposición a la radiación, reconocer y tratar los síntomas psicósomáticos, la ansiedad y la depresión y tratar la salud mental y somática con el mismo respeto. Lo que es más importante, el fortalecer la resistencia a la adversidad será el reto decisivo para el restablecimiento tras el desastre (32).

## Bibliografía

- Bromet EJ, Havenaar JM. The long-term mental health impacts of the Chernobyl accident. In: Neria Y, Galea S, Norris F (eds). *Mental health and disasters*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009:441-53.
- Neria Y, Nandi A, Galea S. Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychol Med* 2008;38:467-80.
- Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ et al. 60,000 disaster victims speak: Part 2. An empirical review of the empirical literature, 1981-2002. *Psychiatry* 2002;65:207-39.
- Gerrity ET, Flynn BW. Mental health consequences of disasters. In: Noji EK (ed). *The public health consequences of disasters*. New York: Oxford University Press, 1997:101-21.
- Danieli Y, Rodley NS, Weisaeth L (eds). *International responses to traumatic stress*. Amityville: Baywood, 1996.
- Bromet EJ. Psychological effects of radiation catastrophes. In: Peterson LE, Abrahamson S (eds). *Effects of ionizing radiation*. Washington: Joseph Henry Press, 1998:281-92.
- Slovic P. Perception of risk. *Science* 1987;236:280-5.
- Slovic P, Flynn JH, Layman M. Perceived risk, trust, and the politics of nuclear waste. *Science* 1991;00:1603-7.
- Havenaar JM, Bromet EJ. The experience of the Chernobyl nuclear disaster. In: Lopez-Ibor JJ, Christodoulou G, Maj M et al (eds). *Disasters and mental health*. Chichester: Wiley, 2005:179-92.
- Tønnessen A, Mårdborg B, Weisaeth L. Silent disaster: a European perspective on threat perception from Chernobyl far field fallout. *J Trauma Stress* 2002;15:453-9.
- Dohrenwend BP, Dohrenwend BS, Warheit GJ et al. Stress in the community: a report to the President's Commission on the Accident at Three Mile Island. *Ann NY Acad Sci* 1981;365:159-74.
- Goldsteen R, Schorr JK, Goldsteen KS. Longitudinal study of appraisal at Three Mile Island: implications for life event research. *Soc Sci Med* 1989;28:389-98.
- Cleary PD, Houts PS. The psychological impact of the Three Mile Island incident. *J Human Stress* 1984;10:28-34.
- Davidson LM, Baum A. Chronic stress and posttraumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol* 1986;54:303-8.
- Bromet EJ, Parkinson DK, Dunn LO. Long-term mental health consequences of the accident at Three Mile Island. *Int J Ment Health* 1990;19:48-60.
- Dew MA, Bromet E. Predictors of temporal patterns of psychiatric distress during 10 years following the nuclear accident at Three Mile Island. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993;28:49-55.
- Gluzman SF. The Chernobyl accident – a personal perspective. *Clin Oncology* (in press).
- Rahu M. Health effects of the Chernobyl accident: fears, rumours and the truth. *Eur J Cancer* 2003;39:295-9.
- Bromet EJ, Havenaar JM. Psychological and perceived health effects of the Chernobyl disaster: a 20-year review. *Health Physics* 2007;93:516-21.
- Bromet EJ, Havenaar JM, Guey LT. A 25 year retrospective review of the psychological consequences of the Chernobyl accident. *Clin Oncology* (in press).
- Havenaar JM, Rumyantzeva GM, van den Brink W et al. Long-term mental health effects of the Chernobyl disaster: an epidemiologic survey in two former Soviet regions. *Am J Psychiatry* 1997;154:1605-7.
- Adams RE, Bromet EJ, Panina N et al. Stress and well-being in mothers of young children 11 years after the Chernobyl nuclear power plant accident. *Psychol Med* 2002;32:143-56.
- Loganovsky K, Havenaar JM, Tintle N et al. The mental health of clean-up workers 18 years after the Chernobyl accident. *Psychol Med* 2008;38:481-8.
- Chernobyl Forum: 2003-2005. *Chernobyl's legacy: health, environmental and socio-economic impacts*. Vienna: International Atomic Energy Agency, 2006.
- Baverstock K, Williams D. The Chernobyl accident 20 years on: an assessment of the health consequences and the international response. *Environ Health Perspect* 2006;114:1312-7.
- Misao T, Hattori K, Shirakawa M et al. Characteristics of abnormalities observed in atom-bombed survivors. *J Rad Res* 1961;2:85-97.
- Yamada M, Izumi S. Psychiatric sequelae in atomic bomb survivors in Hiroshima and Nagasaki two decades after the explosions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:409-15.
- Lifton RJ. *Death in life: survivors of Hiroshima*. New York: Random House, 1967.
- Havenaar JM, Cwikel JG, Bromet EJ. *Toxic turmoil: psychological and societal consequences of ecological disasters*. New York: Plenum, 2002.
- Kawakami N, Takeshima T, Ono Y et al. Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary findings from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005;59:441-52.
- Von Korff M, Scott K, Gureje O (eds). *Global perspectives on mental disorders and physical illness in the WHO World Mental Health Surveys*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
- Castleden M, McKee M, Murray V et al. Resilience thinking in health protection. *J Publ Health* (in press).

# Atendiendo las consecuencias de la triple catástrofe japonesa en la salud mental

TSUYOSHI AKIYAMA

*Department of Neuropsychiatry, NTT Medical Center Tokyo, Tokyo, Japan*

Como lo señala E. Bromet, la situación actual en Japón es el resultado de tres catástrofes, la catástrofe inicial, el terremoto en sí, produjo cierto grado de daño a los edificios, pero contribuyó en menos de un 10% a las muertes. La segunda catástrofe del maremoto arrasó las zonas de la orilla del mar y dio por resultado una tremenda pérdida de vidas y propiedad. La tercera catástrofe que continúa, el accidente de la central de energía nuclear, probablemente dará por resultado sólo mínimo daño real a la salud física. Sin embargo, definitivamente es esta última catástrofe artificial la que dará por resultado el daño más duradero en la salud pública y mental. Todo mundo ha estado expuesto de manera indirecta a esta zozobra.

Los fenómenos comunicados en Three Mile Island y Chernóbil ya se están observando en nuestro país. Hemos visto información confusa y contradictoria de parte de las autoridades, reportajes contradictorios en los medios, reacción excesiva a los riesgos y desconfianza hacia el gobierno. Se obliga a las personas a evacuar y se pierden las infraestructuras de la salud mental. Los rumores excesivos de riesgo están dañando la economía, la salud mental de las personas e incluso los derechos humanos en las regiones afectadas. Prevemos que las manifestaciones somáticas, la ansiedad, el estrés postraumático y la

depresión aumentarán durante un periodo muy considerable, según lo señala Bromet.

La Japanese Society of Psychiatry and Neurology y la World Psychiatric Association están preparando una intervención conjunta y un proyecto de investigación, que será financiado por el gobierno japonés, cuyo propósito es capacitar a médicos generales, obstetras, ginecólogos y pediatras para que reconozcan y atiendan la ansiedad en torno a la salud relacionada con la exposición real o supuesta a la radiación, y también para que identifiquen los síntomas físicos que realmente pueden estar relacionados con la radiación y los que no.

Mientras tanto, estamos tratando de contribuir a las siguientes medidas: a) el establecimiento de información factual sobre los riesgos basada en evidencia científica; b) la propagación eficiente de la información, como el riesgo y la crisis de comunicación, al público a través de la colaboración con los interesados en los dominios administrativo, educativo, económico y de medios de comunicación; c) la provisión de apoyo psicosocial eficaz; d) las intervenciones psicológicas y psiquiátricas que sean necesarias.

Debemos movilizar nuestra respuesta utilizando toda la gama de experiencia acumulada de nuestras organizaciones. Podemos hacer esto y lo haremos.

# Un modelo conceptual para la revisión de la clasificación de los trastornos mentales y de la conducta de la ICD-10

## GRUPO CONSULTIVO INTERNACIONAL PARA LA REVISIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y DE LA CONDUCTA DE LA ICD-10

Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland

*La Organización Mundial de la Salud (WHO) está actualizando la clasificación de los trastornos mentales y de la conducta de la ICD-10 con la dirección del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias y dentro del modelo del marco de revisión global según las indicaciones de la Asamblea Mundial de la Salud. En este artículo se describe la perspectiva de la WHO y las prioridades para la clasificación de los trastornos mentales y de la conducta de la ICD-11, basándose en las recomendaciones del Grupo Consultivo Internacional para la Revisión de los Trastornos Mentales y de la Conducta de la ICD-10. La WHO considera que se debiera preparar la clasificación consultando a los interesados, los cuales comprenden los países miembros de la WHO, los profesionales sanitarios interdisciplinarios y los usuarios de los servicios de salud mental y sus familias. La atención al marco de referencia cultural debe ser un elemento clave para definir los conceptos de clasificación en el futuro. Las aplicaciones de la ICD que se deben tomar en cuenta son las aplicaciones clínicas, la investigación, la enseñanza y la formación educativa, las estadísticas sanitarias y la salud pública. El Grupo Consultivo ha determinado que la revisión que se está realizando actualmente representa una oportunidad específica para mejorar la utilidad clínica de la clasificación, sobre todo en el contexto de la atención primaria global donde es máxima la oportunidad para identificar a las personas que necesitan tratamiento psiquiátrico. Basándose en la misión y los estatutos de la WHO, la utilidad de la clasificación para ayudar a los países miembros de la WHO, sobre todo a los países de ingresos bajos y medianos, a reducir la morbilidad relacionada con los trastornos mentales constituye una de las máximas prioridades para la revisión. En este artículo se describen los fundamentos proporcionados por las recomendaciones del Grupo Consultivo para la fase de trabajo actual.*

**Palabras clave:** Trastornos mentales, clasificación, Clasificación Internacional de las Enfermedades, utilidad clínica, aplicabilidad intercultural.

(*World Psychiatry* 2011;10:86-92)

La Organización Mundial de la Salud (WHO) está en el proceso de actualizar la Clasificación Internacional de las Enfermedades y los Problemas de Salud Relacionados, actualmente en su décima versión (ICD-10). El Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la WHO es responsable de la revisión de la clasificación de los trastornos mentales y de la conducta de la ICD-10, dentro del marco global de las acciones para la revisión de la ICD. El propósito de este artículo es explicar claramente la perspectiva y las prioridades de la WHO para la clasificación de los trastornos mentales y de la conducta de la ICD-11, basándose en el periodo inicial de trabajo por el Grupo Consultivo Internacional para la Revisión de los Trastornos Mentales y de la Conducta de la ICD-10.

La WHO es un organismo especializado de las Naciones Unidas establecido en 1948 cuya misión es lograr que todas las personas obtengan el máximo grado posible de salud. La WHO ha definido explícitamente la salud mental como una parte de la salud desde sus inicios. Los estatutos de la WHO (1) ratificados por los 193 países miembros actuales de la WHO enumeran sus responsabilidades centrales, las cuales comprenden: establecer y actualizar las nomenclaturas internacionales de las enfermedades, las causas de muerte y el ejercicio de la salud pública; y normalizar los procedimientos diagnósticos que sean necesarios. Por consiguiente, los sistemas de clasificación son una responsabilidad constitucional central, que la WHO no tiene la opción de delegar a otras partes. La ICD es el más antiguo, central e históricamente importante de los sistemas de clasificación de la WHO.

El propósito de la ICD es servir de norma internacional para la información de la salud a fin de posibilitar la valoración y el seguimiento de mortalidad, morbilidad y otras variables perti-

nentes relacionadas con la salud. La WHO es la única organización con la capacidad de garantizar la cooperación global y el acuerdo internacional sobre estos temas y por tanto está en una posición singular para iniciar y promover las normas de salud global. Los sistemas de clasificación de la WHO constituyen la base de seguimiento de las epidemias y de la morbilidad de las enfermedades, así como la identificación de los objetivos apropiados de los recursos de asistencia sanitaria y fomentar la responsabilidad entre los países miembros para la salud pública al nivel de la población. Los sistemas de clasificación de la WHO también figuran entre los elementos fundamentales centrales para los sistemas electrónicos de información de la salud que cada vez adoptan más importancia en muchos países.

Como un modelo de clasificación frecuente, la ICD ha fomentado la comunicación global y el intercambio de información. A un nivel clínico las clasificaciones permiten la comunicación entre profesionales de la salud, sus pacientes y los sistemas de salud en los cuales trabajan y facilitan la formación de profesionales de la salud en diferentes países y culturas. Las clasificaciones de la WHO también son útiles para otros sectores, tales como las autoridades sanitarias y las organizaciones que pagan por los servicios de atención a la salud, el sistema legislativo y los gobiernos. Puesto que la ICD desempeña tal papel decisivo en la comunidad sanitaria internacional, es decisivo que se base en el mejor conocimiento científico disponible y que se mantenga al día en los avances importantes de la atención a la salud que tienen el potencial de mejorar la fiabilidad, la validez y la utilidad. La ICD-10 fue autorizada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1990 y publicada en 1992 (2), por lo que el periodo actual es el más largo en la historia de la ICD en el que no se ha hecho una revisión importante. La



Asamblea Mundial de la Salud, constituida por los ministros de salud de todos los países miembros de la WHO, ha girado instrucciones a la WHO para la revisión de la ICD-10. Los trabajos técnicos inherentes a la preparación de la ICD-11 están programados para finalizar en 2013. Se espera que en 2014 la Asamblea Mundial de la Salud apruebe la ICD-11, que abarca todas las enfermedades, los trastornos, las lesiones y los estados de salud.

Dentro del contexto del marco global de la revisión, se está llevando a cabo la revisión del Capítulo V (F) de la ICD-10: Trastornos Mentales y de la Conducta y este hecho facilita la coordinación con la clasificación de los demás trastornos, incluidos los trastornos neurológicos y otros trastornos médicos que a menudo se presentan simultáneamente con los trastornos mentales y de la conducta. La inclusión de los trastornos mentales y de la conducta junto con las demás entidades diagnósticas en la asistencia sanitaria es una característica importante de la ICD que facilita la búsqueda de mecanismos relacionados de etiología, fisiopatología y comorbilidad de los procesos patológicos y brinda una base sólida para la paridad de los trastornos psicopatológicos con el resto del sistema médico para las funciones clínicas, administrativas y económicas en la asistencia sanitaria.

Para ayudar a la revisión que se está realizando de la clasificación ICD de los trastornos mentales y de la conducta, la WHO asignó a un Grupo Internacional Consultivo de alto nivel en enero de 2007 la tarea principal de recomendar todos los pasos conducentes a la revisión del capítulo sobre los trastornos mentales y de la conducta en la ICD-10 en congruencia con el proceso de revisión global. El Grupo Consultivo incluye expertos de todas las regiones de la WHO, lo mismo que representantes de las asociaciones internacionales de profesionales interdisciplinarios de la salud mental. El Grupo Consultivo ha considerado una serie de aspectos fundamentales importantes en los cuales basar las actividades específicas de revisión en la siguiente fase del trabajo, para lograr un grado relativamente notable de consenso en su perspectiva. En las siguientes secciones se describen algunos de los aspectos conceptuales básicos valorados y las recomendaciones hechas por el Grupo Consultivo.

## ¿QUÉ ES UN TRASTORNO MENTAL?

Una de las primeras preguntas que confrontó el Grupo Consultivo fue cómo se debieran definir los trastornos mentales. Esta definición de los trastornos mentales establece los límites de lo que se está clasificando y tiene enormes consecuencias para la acción de salud pública, para los gobiernos, para los sistemas de salud y para la investigación. Por ejemplo, la forma en que se definan los trastornos mentales afecta a las estimaciones epidemiológicas de su prevalencia, las protecciones legales disponibles de las personas afectadas por ellos, la estructura, el funcionamiento y los mecanismos de pago para los sistemas de servicios de salud mental así como la valoración de los resultados de las intervenciones en la salud mental.

Las descripciones clínicas y las directrices diagnósticas para los trastornos mentales y de la conducta de la ICD-10 (3) definen un trastorno mental como «una serie clínicamente reconocible de síntomas o conductas que en la mayoría de los casos se acompañan de ansiedad e interfieren en las funciones personales». La definición de los trastornos mentales que

aparece en el DSM-IV-TR (4) es similar y no se ha modificado desde el DSM-III (5), a saber: «un síndrome o patrón de conducta o psicológico clínicamente importante que ocurre en un individuo y que se ha asociado a ansiedad presente o discapacidad o bien a un incremento importante del riesgo de sufrir muerte, dolor, discapacidad o pérdida importante de la libertad... que se considere una manifestación de la disfunción conductual, psicológica o biológica del individuo». El Grupo Consultivo recomendó que en la ICD-11 se utilice la misma definición para los trastornos mentales y conductuales que se utilizó en la ICD-10, favoreciendo su simplicidad con respecto a la definición más compleja utilizada en el DSM. El Grupo Consultivo también observó que la definición por el DSM-IV tiene una relación con aspectos del estado funcional diferente que la definición de la ICD-10, un aspecto que se analiza con más detalle más adelante en este artículo.

## CIRCUNSCRIPCIONES DE LA WHO PARA LA REVISIÓN DE LA CLASIFICACIÓN

Debido a su amplia importancia, la WHO considera que las clasificaciones deben concebirse en consulta y cuando sea posible en colaboración con las partes interesadas. El primer grupo con interés directo hacia el cual la WHO se considera responsable durante la revisión de la ICD, y circunscripción principal de la WHO, consta de los gobiernos de los países miembros de la WHO. Estos gobiernos tienen intereses específicos en la ICD por diversos motivos. En primer lugar, se les pide a los gobiernos que informen estadísticas de morbilidad y mortalidad a la WHO conforme a la clasificación de la ICD. En segundo lugar, los gobiernos desean que la clasificación de la salud refleje sus perspectivas específicas y prioridades para la atención sanitaria. Por ejemplo, es posible que no compartan la premisa de que las categorías de las enfermedades mentales son culturalmente universales y adecuadamente definidas mediante las categorías existentes. En tercer lugar, los gobiernos están interesados en la ICD en virtud de que la clasificación diagnóstica proporciona una gran parte del marco de referencia que define las obligaciones del gobierno para brindar asistencia sanitaria gratuita o subsidiada, servicios sociales y beneficios por discapacidad a sus ciudadanos. En cuarto lugar, los intereses de los gobiernos están alineados con las prioridades de salud pública mundiales que son el motivo de la existencia de la WHO: desean ayuda para reducir la morbilidad de los trastornos mentales y de la conducta. Por último, cualquier cambio en la ICD existente según la utilizan los países miembros puede implicar la asignación de recursos considerables para modificar los sistemas de registro existentes, los instrumentos de encuestas de la salud, procedimientos administrativos, políticas sanitarias e incluso leyes relativas al diagnóstico. Los gobiernos también pueden tener que hacer grandes inversiones en formar a profesionales sanitarios para que utilicen el nuevo sistema.

El segundo grupo importante de interesados directos en la revisión de la clasificación de la salud mental de la ICD son los profesionales de la salud mental. Los psiquiatras no son los únicos profesionales que intervienen en el diagnóstico y la clasificación de los trastornos mentales. Sólo un porcentaje muy pequeño de los individuos con trastornos mentales alguna vez acudirá a un psiquiatra. En los países con altos ingresos hay un número relativamente considerable de psiquiatras: alrededor de 10,5 por 10.000 de población (6). Pero la proporción de la

población mundial que vive en estos países es pequeña, de sólo un 15%, aproximadamente, y está disminuyendo. En cambio, hay menos de un psiquiatra por 100.000 de población en los países de escasos ingresos, que son el hogar de casi la mitad de los habitantes del mundo. En los países de ingresos medianos más bajos, hay un promedio de casi un psiquiatra por 100.000 de población y un promedio de 2,7 en los países con ingresos medianos más altos (6).

Por tanto, no puede considerarse a los psiquiatras como los usuarios primarios y los únicos profesionales con circunscripción para la clasificación. Otros grupos de profesionales también desempeñan un papel significativo y proporcional en el proceso. Esto comprende otros profesionales de la salud mental, tales como psicólogos, trabajadoras sociales y enfermeras psiquiátricas. Así mismo, incluye otros grupos de médicos, sobre todo médicos de atención primaria, lo mismo que personal sanitario profano que brinda la mayor parte de la atención sanitaria primaria y mental en algunos países en vías de desarrollo. Por este motivo, en el Grupo Consultivo se han incorporado desde el principio representantes de las asociaciones profesionales internacionales que representan a estos grupos. Así mismo, se ha tomado en cuenta la diversidad geográfica y lingüística a conciencia para crear los mecanismos para la participación, ya que en el pasado por lo general han sido profesionales de los países más ricos, por lo regular angloparlantes, quienes en su mayor parte tienen más facilidad para viajar y participar en congresos en idioma inglés. La influencia de la industria farmacéutica sobre algunos grupos de profesionales también debe abordarse seriamente. A fin de evitar la influencia indebida, la WHO considera que es indispensable analizar con cuidado los posibles conflictos de intereses entre participantes en la revisión de la clasificación de los trastornos mentales y los criterios diagnósticos.

Para la clasificación de los trastornos mentales en la ICD, la WHO reconoce a los usuarios de los servicios de salud mental y sus familiares como un tercer grupo interesado directo. La comunidad de usuarios de la salud mental cada vez más se ha alineado al movimiento de derechos por discapacidad, adoptando el lema «Nada acerca de nosotros que no sea sin nosotros», rechazando lo que ven como un paternalismo médico y exigiendo ser consultados con respecto a las decisiones que afectan a sus vidas. El proceso de revisión de la ICD debe comprender oportunidades considerables y serias para la participación de grupos de usuarios, no sólo gestos simbólicos y ritualistas. Al mismo tiempo, las organizaciones de usuarios de servicios y familias no son monolíticas, sino más bien se caracterizan por una amplia diversidad de perspectivas y opiniones. Se deben crear oportunidades para una participación más amplia que estén estructuradas y sean oportunas a fin de que contribuyan de manera constructiva al proceso de revisión y sean más que un ejercicio político.

## UNIVERSALIDAD DE LAS CATEGORÍAS

La universalidad de las categorías específicas de los trastornos mentales es una suposición inherente de la ICD-10. Sin embargo, no se ha demostrado esta premisa y pese a que algunos autores exigen que se preste más atención a la cultura en el diagnóstico psiquiátrico, la cuestión de la cultura en gran parte se ha considerado como una distracción o fuente de errores en la clasificación (7). La atención al marco cultural no puede

ser opcional sino que debiera convertirse en un elemento clave para definir los conceptos de la clasificación futura (8).

La WHO y el Grupo Consultivo han estado procesando varias estrategias para incrementar el alcance global y la gama de información considerada como una base para la revisión de la clasificación de los trastornos mentales y de la conducta de la ICD, con el objetivo de mejorar su utilidad clínica y aplicabilidad cultural. En primer lugar, una serie de análisis de la bibliografía internacional y multilingüe ha servido para valorar las principales tendencias, los temas y los campos de debate activo relacionados con la clasificación de los trastornos mentales, sobre todo en lo referente a la utilidad en los países de bajos y medianos ingresos. Un segundo proyecto ha sido un análisis sistemático de los sistemas diagnósticos a nivel de países y regional para los trastornos mentales (p. ej., 9, 10) que proporcionan datos importantes en torno a cuáles elementos de la ICD son aceptados por los usuarios locales como útiles, cuáles se considera que están faltando y cuáles categorías diagnósticas y descripciones de trastornos alternativos pueden necesitarse. Un tercer proyecto ha sido una encuesta internacional extensa, llevada a cabo en colaboración con la WPA de las actitudes de los psiquiatras de diversos países del mundo en torno al diagnóstico y la clasificación de los trastornos mentales. En este número de *World Psychiatry* aparecen los resultados de esta encuesta.

## APLICACIONES DE LA CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y DE LA CONDUCTA DE LA ICD-10

Las características de los cambios que se harán en el curso de la revisión estarán sujetas a una gran influencia de las aplicaciones de la clasificación que se consideren importantes durante el proceso de revisión. Se pueden identificar cinco aplicaciones principales de la clasificación de los trastornos mentales y de la conducta de la ICD-10: aplicaciones clínicas; aplicaciones para la investigación; aplicaciones para la enseñanza y la formación profesional; aplicaciones en estadísticas sanitarias y aplicaciones para la salud pública. De qué manera los cambios de la clasificación influirán en su utilidad para todos estos fines es un centro de atención importante del proceso de revisión.

### Aplicaciones clínicas

Las actualizaciones pasadas se han enfocado principalmente en el empleo de la clasificación por los profesionales de la salud mental, sobre todo los psiquiatras, en contextos de la salud mental especializada. La WHO publicó un volumen de restricciones clínicas y directrices diagnósticas (3), destinado principalmente a tales aplicaciones. Sin embargo, la clasificación de los trastornos mentales y de la conducta de la ICD se aplica en una gama mucho más amplia de contextos —p. ej., en el ámbito de la atención médica primaria, secundaria y terciaria, en el contexto de las toxicomanías y en centros de rehabilitación— y debe responder a sus necesidades.

Desde la perspectiva de la WHO, la utilidad de la clasificación de los trastornos mentales y de la conducta de la ICD en el ámbito de la atención primaria es uno de los aspectos más importantes que se consideran en la revisión que se está realizando. Por definición, los contextos de atención primaria

son aquellos en los que las personas tienen más posibilidades de establecer contacto con el sistema de asistencia sanitaria. En todo el mundo cuando las personas con trastornos mentales reciben atención, hay mucho más posibilidades que la reciban en una unidad de atención primaria que en centros de atención mental especializados (12). Por tanto, las unidades de atención primaria representan la mejor oportunidad para mejorar la identificación y el tratamiento eficaz de las personas con trastornos mentales.

Un sistema de clasificación que sea utilizable y útil para los profesionales sanitarios en estos contextos es un requisito fundamental de tal esfuerzo. A un nivel global, el personal de atención sanitaria primaria a menudo no es médico y hay muchas probabilidades de que no sean profesionales de la salud mental. En muchos centros de atención primaria basados en la población, los trabajadores de la salud pueden tener una formación profesional formal limitada de cualquier tipo. Después de la revisión previa de la ICD, la WHO creó una modificación de la clasificación de los trastornos mentales y conductuales de la atención primaria (13). Sin embargo, la utilidad de este sistema se ha visto limitada por el hecho de que se adaptó de la clasificación especializada principalmente sintetizándola, en vez de crearla basándose en las necesidades y prioridades de los contextos de atención primaria (14). El Grupo Consultivo ha resaltado con vehemencia la necesidad de una versión para la atención primaria diferente de la clasificación de los trastornos mentales y la conducta de la ICD-11. Sin embargo, en contraste con el último proceso de revisión, la versión de la atención primaria se está creando de manera simultánea a la versión especializada, basándose en la diversidad y en las particularidades de los ámbitos de atención primaria y en las características del personal de atención sanitaria que trabaja en ellas.

El proceso de revisión también debe considerar a otras aplicaciones diversas de la ICD en la valoración y la toma de decisiones con individuos que puedan tener trastornos mentales. Estos comprenden contextos forenses, en los que el diagnóstico y la clasificación se puedan utilizar como parte de la toma de decisiones sobre la competencia y riesgo futuro, y en los contextos de asistencia social, donde la idoneidad y la selección de los beneficios y servicios se basa en parte en la información diagnóstica. Otro sector importante en el cual se utiliza la clasificación es el de los contextos educativos, donde la información diagnóstica suele utilizarse como parte de la toma de decisiones sobre la ubicación educativa más apropiada y las características de los servicios educativos que un niño recibe. Estas aplicaciones tienden a ser muy importantes para los gobiernos debido a las repercusiones directas que tienen en las decisiones y responsabilidades del gobierno, pero recibieron muy escasa consideración sistemática en las actualizaciones previas de la clasificación de los trastornos mentales y de la conducta de la ICD.

### **Aplicaciones en la investigación**

Las clasificaciones de los trastornos mentales y de la conducta se utilizan en una amplia gama de campos de investigación, tales como genética, neurociencias, epidemiología y desarrollo de los tratamientos farmacológicos y psicosociales, servicios de salud y resultados e investigación sobre la prevención y la promoción de la salud. Sin embargo, las exigencias de los estudios clínicos con el tiempo han tenido una influencia desproporcionada en la naturaleza de la clasificación. Los

estudios clínicos exigen grupos de pacientes muy específicos que se pueden describir como portadores de un trastorno específico diagnosticable basado en los criterios explícitos que se puedan reproducir con precisión en diferentes contextos por diferentes investigadores. A veces esto da por resultado que un gran número de posibles participantes en la investigación se excluyan de un estudio específico, aun cuando los profesionales clínicos juzgarían que tienen el trastorno pertinente. Este énfasis ha contribuido a los problemas de especificación excesiva y reificación que caracterizan a la clasificación actual de los trastornos mentales (15,16). Estas características no sólo han limitado la utilidad clínica de la clasificación, sino también han creado obstáculos a la investigación sobre los mecanismos básicos comunes subyacentes a los trastornos mentales y la expresión de los síntomas (17).

La utilidad para la investigación es un aspecto primordial que hay que tomar en cuenta, pero ésta es sólo una de las múltiples aplicaciones importantes de la ICD. Así mismo, la utilidad de la clasificación como un marco de referencia organizador para la investigación no se debe confundir con la base científica de la propia clasificación. En reconocimiento de las necesidades específicas de los investigadores y la necesidad de criterios operacionalizados que se podrían utilizar en estudios epidemiológicos y clínicos, la WHO publicó en 1993 los criterios diagnósticos para la clasificación de los trastornos mentales y de la conducta de la ICD (18). Independientemente de que estos criterios se publiquen o no se publiquen en un libro separado, también se necesitarán criterios diagnósticos operacionalizados y reproducibles para la ICD-11 por estos mismos propósitos.

### **Aplicaciones en la enseñanza y la formación**

La clasificación de los trastornos mentales y de la conducta de la ICD-10 es una parte integral de la formación profesional para una amplia gama de personal de la salud mental y hace las veces de un principio organizativo en la formación profesional de psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales, enfermeras psiquiátricas y otros profesionales sociales, laborales y de la salud mental. También es importante en la formación de los profesionales de la medicina en general, incluidos los médicos, las enfermeras y otros practicantes. Se utiliza además en la formación de profesionales fuera del sector sanitario, por ejemplo de los profesionales forenses y educativos. Este campo no ha sido un centro sistemático de atención en el pasado, pero serán necesarias diversas iniciativas que ayuden a la capacitación de los profesionales en el uso de la ICD-11.

### **Aplicaciones en estadísticas sanitarias**

Como se señaló, la ICD-10 se utiliza como una base para recabar sistemáticamente la información sanitaria basada en la población y para la notificación estadística obligatoria por los países miembros de la WHO. Esta información se utiliza con fines internos y externos. Las características de los sistemas de información sobre la salud que utilizan la ICD varían bastante entre los diferentes países miembros de la WHO, fluctuando desde los registros de casos refinados, integrados y electrónicos hasta la práctica inexistencia de registros de salud en lugares donde la información se registra completamente a mano, en el mejor de los casos. Los gastos implícitos en realizar la transición a una nueva clasificación pueden ser difíciles para

los gobiernos de asumir, independientemente de cuánto mejor sea el nuevo sistema. La WHO habrá de establecer mecanismos eficaces para convencer a los ministerios de salud de los gobiernos de los países miembros de que la nueva clasificación proporcionará ventajas que justifican los costos inherentes a realizar el cambio.

### Aplicaciones en salud pública

Para que la clasificación ICD-11 de los trastornos mentales y de la conducta llegue a ser una realidad de la constitución y el programa de la WHO su aplicación en la salud pública debe ser su principio orientador más importante. La revisión ha de procurar maximizar la contribución de la clasificación a la acción colectiva para mejorar la salud de toda la población. De manera más específica, como parte del proceso de revisión, se habrá de prestar atención a la forma en que el sistema de clasificación puede ayudar a: 1) disminuir la frecuencia y prevalencia de los trastornos mentales; 2) disminuir la discapacidad inherente a los trastornos mentales; 3) mejorar la accesibilidad y la prestación de servicios de salud mental; 4) promover la salud mental; y 5) valorar las necesidades de salud pública y vigilar las tendencias.

La dificultad global más importante en la salud mental es lo que la WHO suele designar como la brecha de salud mental (19). Los trastornos neuropsiquiátricos constituyen una mayor proporción de la morbilidad y discapacidad global total más que cualquier otra categoría de enfermedades no transmisibles (20). Sin embargo, sigue sin contarse con tratamiento o este es terriblemente inadecuado. En los países en vías de desarrollo, menos del 25% de las personas con trastornos mentales incluso graves reciben siquiera algún tratamiento (21). En todo el mundo, la brecha entre los que necesitan tratamiento y los que lo reciben fluctúa de un 32% a un 78%, lo que depende del trastorno (22). Además de la escasez de profesionales de la salud mental, otros factores que contribuyen a la brecha de la salud mental son la insuficiencia de los recursos de los sistemas de atención sanitaria mental, problemas de estigma, programación de la prevención inadecuada y la falta de paridad en el financiamiento de la salud, lo que incluye la mínima protección con seguro (23).

Para abordar la brecha en la salud mental, la WHO considera el desarrollo de servicios más accesibles y menos estigmatizados, que lleguen más a la población que lo necesita e incrementen la repercusión en la población de los servicios para la salud mental y los trastornos por toxicomanías, que son una prioridad urgente. Los servicios actualmente disponibles a menudo tienen escasa relación con los que reciben apoyo científico lógico que puede ser más rentable. A fin de mejorar la calidad del tratamiento de los trastornos mentales y de las toxicomanías al nivel de la población, la asignación de los recursos de intervención limitados debiera compaginarse más con las características epidemiológicas, la evolución natural y la morbilidad de estos trastornos. La ICD es una parte integral de tal esfuerzo. Las personas sólo tendrán posibilidades de tener acceso a los servicios de salud mental más apropiados cuando las condiciones que definen la idoneidad y la selección del tratamiento sean respaldadas por un sistema de clasificación que sea preciso, válido y de utilidad clínica.

### ESCLARECIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO Y LA REPERCUSIÓN FUNCIONAL DE LOS TRASTORNOS MENTALES

En 2001 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (ICF) (24). La ICF proporciona un marco de referencia sistemático y universal para describir las formas en las que el funcionamiento humano puede verse afectado por un trastorno de la salud. La ICF fue concebida para «proporcionar un lenguaje unificado y estándar y un marco de referencia para la descripción de los estados de salud y relacionados con la salud». La ICF no clasifica enfermedades, trastornos, lesiones o problemas de salud, que es el propósito de la ICD. La ICF fue concebida como un sistema complementario, destinado a utilizarse junto con la ICD, para clasificar las consecuencias, componentes o correlaciones funcionales de los estados de salud.

La aprobación de la ICF representa una base de normatividad para la postura de que el estado funcional y la discapacidad —los aspectos que son clasificados por la ICF— no deben ser parte de las definiciones y los criterios para las entidades diagnósticas clasificadas por la ICD. Otro motivo de que este análisis haya sido un centro de atención importante del Grupo Consultivo es que las diferentes concepciones de funcionamiento y discapacidad en relación con el diagnóstico representan una de las diferencias más importantes entre la clasificación de los trastornos mentales y conductuales de la ICD-10 y el DSM-IV (25). Como se señaló antes en este artículo, el Grupo Consultivo aprobó la definición de la ICD-10 de un trastorno mental como una definición operativa para la ICD-11. Esta definición designa la alteración funcional pero no establece que sea un requisito, simplemente indica que los trastornos mentales a menudo interfieren en el funcionamiento personal. Las descripciones clínicas y directrices diagnósticas para los trastornos mentales y conductuales de la ICD-10 (3) proporcionan una guía más específica, señalando como un principio general que la interferencia en el desempeño de las funciones sociales (p. ej., familia, empleo) no se debiera utilizar como una guía diagnóstica o un criterio.

Üstün y Kennedy (26) propusieron una diferenciación aun más estricta del estado funcional y el diagnóstico que caracteriza a la ICD-10. «Ningún funcionamiento o discapacidad debiera aparecer como parte del umbral de diagnóstico. Una calificación separada de la gravedad del trastorno (es decir, leve, moderada o grave), después que se ha establecido el diagnóstico, se basaría en una valoración de la evolución de la enfermedad, su diseminación, continuidad o cualquier otro criterio independiente de las variables de discapacidad, a fin de evitar la colinealidad». Sin embargo, el Grupo Consultivo señaló que la capacidad para establecer esta diferenciación no es perfecta dado el estado actual de la ciencia y el ejercicio clínico, citando la carencia general de indicadores objetivos y directos de enfermedad para los trastornos mentales así como la continuidad de algunos fenómenos que representan trastornos normales con variaciones normales del comportamiento. En consecuencia, en algunos diagnósticos específicos puede ser necesario referirse a tipos específicos de alteración funcional como umbrales para distinguir el trastorno del no trastorno cuando no se dispone de indicadores más «directos» de los procesos patológicos.

Por tanto, el Grupo Consultivo ha recomendado que en lo posible se lleve a cabo una reformulación de definiciones diag-



nósticas, descripciones y criterios a fin de excluir los fenómenos que se consideren representativos de la repercusión funcional y que se identifiquen claramente las categorías cuando esto no sea posible. Si se está haciendo una inferencia en torno a un fenómeno patológico subyacente basado en un patrón distintivo de perturbación funcional, esto debiera hacerse explícito. El Grupo Consultivo también hizo notar que la formulación de métodos válidos y sistemáticos para valorar el estado funcional es una actividad separada que no corresponde al campo de la propia clasificación.

## EL ALCANCE DE LA CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

Una pregunta relacionada es si la clasificación diagnóstica debiera incluir información adicional o dimensiones que, si bien no son parte del diagnóstico en sí, son importantes para tomar decisiones en torno a la asistencia a los pacientes, tales como agudeza de la discapacidad relacionada, factores psicosociales exacerbantes, grado de apoyo social y factores culturales. Hay quienes han recomendado que cuando se dispone de pruebas sólidas para el empleo de tratamientos específicos en trastornos concretos, esta información se debiera incluir en la clasificación diagnóstica. Desde una perspectiva de la salud pública, la información sobre los factores de riesgo y factores protectores también puede ser muy importante para formular las estrategias basadas en la población.

Sin embargo, el Grupo Consultivo adoptó la posición de que la clasificación diagnóstica es solo *una parte* de la valoración del paciente y que el sistema de clasificación no debiera intentar funcionar como una guía para la atención de los pacientes o un libro de texto exhaustivo de psiquiatría. El enfoque de la ICD es en la clasificación de los *trastornos* y no en la valoración y el tratamiento de las *personas*, quienes a menudo se caracterizan por múltiples trastornos y diversas necesidades. La clasificación de los trastornos mentales y de la conducta también debe ser compatible con el resto de la ICD, que no incluye tal información en otros dominios. Por tanto, el Grupo Consultivo recomendó no tratar de proporcionar características y trastornos asociados, hallazgos de laboratorio, exploración física, trastornos médicos, prevalencia, evolución y patrones familiares como parte del sistema de clasificación diagnóstica, a menos que se necesiten para establecer el diagnóstico. Así mismo, la mayor parte de los factores de riesgo y factores protectores son inespecíficos; son comunes a muchos trastornos mentales y de hecho a otros tipos de estados de salud, de manera que puede ser más útil incluir un capítulo sobre estos como parte de la ICD global más que como parte de la clasificación de los trastornos mentales y conductuales.

Sin duda se necesita información adicional además de las categorías y descripciones diagnósticas para mejorar la calidad de la atención y la repercusión de los servicios para los trastornos mentales y conductuales. Puede ser útil que países, regiones o asociaciones profesionales internacionales establezcan directrices adicionales en torno al empleo de la clasificación de los trastornos mentales y de la conducta de la ICD-11 como parte de la valoración y el tratamiento de los pacientes en diferentes contextos de atención. Es esencial que tales guías se basen de manera uniforme en las definiciones diagnósticas de la ICD y la WHO considerará colaborar para el desarrollo de tales materiales adicionales a fin de facilitar esta meta.

## PRIORIDADES PARA LA CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y CONDUCTUALES EN LA ICD-11

Una base puramente científica para la clasificación de los trastornos mentales sigue siendo evasiva. Por consiguiente, hasta el momento no se han identificado los fenómenos neurológicos o los biomarcadores genéticos útiles para establecer el diagnóstico de trastornos mentales específicos en determinados individuos y los avances espectaculares en las neurociencias todavía no alcanzan a proporcionar una base para una clasificación que sea utilizable en el contexto clínico (27,28). Las investigaciones hasta el momento no han proporcionado una estructura global clara de fundamento validado o una serie coherente de principios organizativos para un sistema diagnóstico normal ni ha permitido la validación científica de entidades diagnósticas individuales y criterios. Al mismo tiempo, no hay escasez de datos indicativos de que las clasificaciones existentes se caracterizan por problemas importantes de utilidad clínica (29-31). Con base en estas circunstancias, el Grupo Consultivo ha señalado que la revisión necesaria que se está llevando a cabo sobre la clasificación de los trastornos mentales y conductuales de la ICD representa una oportunidad importante para enfocarse en mejorar la utilidad clínica del sistema de clasificación.

El Grupo Consultivo ha afirmado que la evidencia científica para la validez no debe ser, y nunca ha sido, el único criterio para realizar cambios en la clasificación. Sin embargo, pese a las connotaciones pragmáticas «utilitaristas» del término, la utilidad no es un concepto simple. Como se ha señalado en el análisis precedente, la utilidad suele ser específica con respecto al propósito (p. ej., tratamiento individual, salud pública, formación educativa, notificación estadística). La utilidad para la investigación a menudo se ha conjuntado con la validez científica pero, según se describió, la investigación es sólo un propósito de la clasificación. El obtener la participación importante para la atención primaria y la salud pública, por ejemplo, puede proporcionar información para cambios en la organización y presentación del sistema que mejoren la utilidad de la clasificación para esos propósitos. Está claro que ha de evitarse comprometer la validez al realizar tales cambios. Es mucho menos claro cómo establecer prioridades entre diferentes propósitos de la clasificación —utilidades diferentes— cuando éstas dan por resultado conclusiones divergentes.

## CONCLUSIONES

Tomando en cuenta la misión y los estatutos de la WHO, la utilidad para la salud pública claramente debe ser la máxima prioridad en la revisión de la clasificación. La pregunta que sirva de guía debe ser «¿De qué manera un manual de diagnóstico y clasificación ayuda a aumentar la protección y mejorar la atención a la salud mental en todo el mundo?». Esta interrogante sugeriría en parte un enfoque en la epidemiología y las estadísticas, pero la información sin práctica no reducirá la morbilidad. Para esto es incluso más importante que la clasificación proporcione una base para identificar con eficiencia a las personas con las máximas necesidades de salud mental cuando entran en contacto con los sistemas de atención sanitaria y garantizar que tengan el acceso a formas de tratamiento apropiadas y rentables. La clasificación puede prestarse a uso en países y ámbitos con



recursos limitados, sobre todo en el contexto de la atención primaria, y ser utilizable por una gama de profesionales de la salud mental, profesionales de la salud no especializados e incluso por trabajadores de atención a la salud profanos. Para satisfacer estos requisitos, un tamaño es improbable que se adapte a todos.

Las decisiones conceptuales y las recomendaciones del Grupo Consultivo antes señaladas han proporcionado un fundamento sólido para la fase actual de trabajo en la revisión de la ICD. Esperamos en un futuro una mayor colaboración con nuestros colegas internacionales conforme avancemos en la elaboración de la ICD-11.

## Agradecimientos

Este artículo está basado en el debate y los informes del Grupo Consultivo Internacional para la Revisión de los Trastornos Mentales y de la Conducta de la ICD-10 durante el periodo de 2007 a 2010. Los miembros del Grupo Consultivo durante el periodo han sido S.E. Hyman (Presidente, 2007-2010), G. Andrews (2007-2008), J.L. Ayuso-Mateos (2009-2010), W. Gaebel (2009-2010), D.P. Goldberg (2007-2008), O. Gureje (2007-2010), A. Jablensky (2009-2010), B. Khoury (2009-2010), A. Lovell (2009-2010), M.E. Medina Mora (2007-2010), A. Rahimi-Movaghar (2009-2010), K. Ritchie (2007-2008), K. Saeed (2007-2008), N. Sartorius (2007-2010), P. Sharan (2009-2010), R. Thara (2007-2008), P. Udomratn (2009-2010), Xiao Zeping (2009-2010) y Yu Xin (2007-2008). Las organizaciones representadas en el Grupo Consultivo han incluido el Consejo Internacional de Enfermeras (A. Coenen, 2007-2008; T. Ghebrehiwet, 2009-2010), la International Federation of Social Workers (R. Blickle-Ritter, 2007-2008; S. Bährer-Kohler, 2009-2010), la International Union of Psychological Science (G. Reed, 2007; A. Watts, 2008-2010), WONCA (M. Klinkman, 2007-2010) y la World Psychiatric Association (J. Mezrich, 2007; M. Maj 2008-2010). Los siguientes representantes de los gobiernos de los países miembros de la WHO también participaron en el Grupo Consultivo: K. Kuoppasalmi (Finlandia, 2007-2008), T. Maruta (Japón, 2007-2010) y G. Mellsop (Nueva Zelanda, 2007-2010). Los miembros principales de la Secretaría de la WHO que trabajaron con el Grupo Consultivo han sido B. Saraceno, S. Saxena, G. Reed, S. Chatterji y V. Poznyak. A menos que se señale específicamente, los puntos de vista y las ideas expresados en este artículo reflejan la discusión y las recomendaciones del Grupo Consultivo y no las políticas o posturas oficiales de la Organización Mundial de la Salud.

## Bibliografía

- World Health Organization. Basic documents, 46th edition. Geneva: World Health Organization, 2007.
- World Health Organization. International classification of diseases and related health problems, 10th revision. Geneva: World Health Organization, 1992.
- World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.
- World Health Organization. Mental health atlas 2005. Geneva: World Health Organization, 2005.
- Kirmayer LJ. Culture, context and experience in psychiatric diagnosis. *Psychopathology* 2005;38:192-6.
- Alarcón RD. Culture, cultural factors, and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry* 2009;8:131-9.
- Chen Y-F. Chinese Classification of Mental Disorders (CCMD-3): towards integration in international classification. *Psychopathology* 2002;35:171-5.
- Otero-Ojeda AA. Third Cuban Glossary of Psychiatry (GC-3): key features and contributions. *Psychopathology* 2002;35:181-4.
- Reed GM, Correia JM, Esparza P et al. The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes toward mental disorders classification. *World Psychiatry* 2011;10:118-31.
- Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO World Mental Health Surveys. *Lancet* 2007;370:841-50.
- World Health Organization. Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care: ICD-10 Chapter V Primary Care Version. Göttingen: Hogrefe, 1996.
- Gask L, Klinkman M, Fortes S et al. Capturing complexity: the case for a new classification system for mental disorders in primary care. *Eur Psychiatry* 2008;7:469-76.
- Westen D, Novotny CM, Thompson-Brenner H. The empirical status of empirically-supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull* 2004; 130:631-63.
- Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annu Rev Clin Psychol* 2010;6:155-79.
- Insel T, Cuthbert B, Garvey M et al. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry* 2010;167:748-51.
- World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization, 1993.
- World Health Organization. mhGAP—Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. Geneva: World Health Organization, 2008.
- World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization, 2008.
- World Health Organization World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291:2581-90.
- Kohn R, Saxena S, Levav I et al. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* 2004;82:858-66.
- Saxena S, Thornicroft G, Knapp M et al. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 2007;370: 878-89.
- World Health Organization. International classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization, 2001.
- First MB. Harmonisation of ICD-11 and DSM-V: opportunities and challenges. *Br J Psychiatry* 2009;195:382-90.
- Üstün B, Kennedy C. What is 'functional impairment'? Disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry* 2009;8: 82-5.
- Rounsaville BJ, Alarcón RD, Andrews G et al. Basic nomenclature issues for DSM-V. In: Kupfer DE, First MB, Regier DA (eds). A research agenda for DSM-V. Washington: American Psychiatric Association, 2002:1-29.
- Hyman SE. Can neuroscience be integrated into the DSM-V? *Nat Rev Neurosci* 2007;8:725-32.
- Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003;160:4-12.
- First MB. Clinical utility in the revision of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). *Prof Psychol Res Pr* 2010;41:465-73.
- Andrews G, Goldberg DP, Krueger RF et al. Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: could it improve utility and validity? *Psychol Med* 2009;39:1993-2000.

# Guía de la WPA sobre la protección y la promoción de la salud mental en niños de personas con trastornos mentales graves

IAN BROCKINGTON<sup>1</sup>, PRABA CHANDRA<sup>2</sup>, HOWARD DUBOWITZ<sup>3</sup>, DAVID JONES<sup>4</sup>, SUAAD MOUSSA<sup>5</sup>, JULIET NAKKU<sup>6</sup>, ISABEL QUADROS FERRE<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Lower Brockington Farm, Bredenbury, Bromyard, Herefordshire, HR7 4TE, UK; <sup>2</sup>National Institute of Mental Health and Neurological Sciences, Bangalore, India; <sup>3</sup>Division of Child Protection and Center for Families, University of Maryland School of Medicine, Baltimore, MD 21201, USA; <sup>4</sup>Department of Psychiatry, University of Oxford at Warneford Hospital, Oxford, OX3 7JX, UK; <sup>5</sup>Faculty of Medicine, Cairo University, Egypt; <sup>6</sup>Makerere University, Kampala, Uganda; <sup>7</sup>Universidad del Valle, Bogotá, Colombia.

*Esta guía detalla las necesidades de niños y las cualidades de los padres que satisfacen estas necesidades. Los trastornos mentales de las madres pueden dañar al feto durante el embarazo a través de la acción de fármacos o drogas, prescritos u objeto de abuso. El embarazo y el puerperio pueden exacerbar o iniciar la enfermedad mental en mujeres susceptibles. Después de nacer, los niños pueden padecer la desventaja social inherente a la enfermedad mental grave. Los padres (dependiendo del trastorno, su gravedad y su persistencia) pueden tener dificultades intermitentes o prolongadas con la paternidad, lo cual a veces puede dar por resultado perturbaciones psicológicas en la infancia o malos tratos al niño. En esta guía se valoran los medios para evitar, minimizar y remediar los efectos. Nuestras recomendaciones comprenden: formación de psiquiatras y profesionales relacionados en torno a los efectos de la enfermedad mental de los progenitores en los niños; el repaso de la formación psiquiátrica para aumentar la concienciación de los pacientes como cuidadores e incorporar la valoración pertinente y la intervención en su tratamiento y rehabilitación; el empleo óptimo del tratamiento farmacológico durante el embarazo; la planificación prenatal cuando se embarazan las mujeres con enfermedad mental grave; la creación de servicios especializados para mujeres embarazadas y puérperas con valoración de su eficacia; apoyo asistencial para la paternidad por las madres y los padres con trastornos mentales graves; normas de ejercicio satisfactorio para el tratamiento de los malos tratos al niño cuando los padres padecen enfermedad mental; la importancia del equipo de trabajo interdisciplinario al ayudar a estas familias apoyando a sus niños y garantizando la protección infantil; la creación de servicios de salud mental para niños y adolescentes en todo el mundo.*

**Palabras clave:** Paternidad, enfermedad mental grave, relación madre-lactante, abuso de sustancias, trastornos mentales en la infancia, malos tratos al niño, servicios de salud mental para niños y adolescentes.

(*World Psychiatry* 2011;10:93-102)

El Acuerdo sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (UN) (1) afirmó que el niño, para el desarrollo pleno y armónico de su personalidad, debe crecer en un entorno familiar, en una atmósfera de felicidad, amor y comprensión. Los países deben adoptar las medidas apropiadas para proteger al niño de todas las formas de violencia física o mental, malos tratos o explotación, mientras estén bajo el cuidado de los progenitores o de otras personas a las que se confía su cuidado. Este Acuerdo fue adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en noviembre de 1989 y ha sido ratificada por 192 países. Es importante el problema de la salud mental de los niños de padres con enfermedades mentales no sólo debido a tal pronunciamiento autorizado, sino también porque el cometido de la medicina es evitar las enfermedades: una estrategia preventiva promisorio radica en trabajar con grupos de alto riesgo, como lo son estos niños vulnerables.

La mayoría de estos niños nace y se cría en países de bajos ingresos, que tienen una escasez de recursos y también en algunos casos de conocimientos esenciales. Hay una relación paradójica entre la riqueza y las tasas de natalidad: los países de Europa, Norteamérica y de otras partes, con sistemas de salud avanzados e importantes contribuciones científicas, tienen menos de 10 millones de nacimientos al año. Nos interesa no sólo mejorar el ejercicio clínico en estos países, sino también y sobre todo encontrar soluciones para los países en los cuales nacen los otros 125 millones de lactantes. Por consiguiente, buscamos recomendar servicios actualizados a los que pue-

den solventarlos e intervenciones creativas a los países menos prósperos.

## PATERNIDAD Y LAS NECESIDADES DE LOS NIÑOS

Las necesidades de los niños, que debe satisfacer la paternidad, pueden enumerarse de la manera siguiente:

- *Cuidados básicos* (abrigo, nutrición, higiene, vestido y atención médica).
- *Seguridad* (protección contra peligros, incluidas las personas riesgosas).
- *Calor emocional*, de manera que el niño se sienta incondicionalmente apreciado y seguro. Esto implica reconfortarlo, halagarlo y una atención considerada, cariñosa y amable.
- *Promoción del aprendizaje*. Para esto se precisan respuestas rápidas y contingentes al idioma y las preguntas del niño, juego, apoyo a la escolaridad y la promoción de oportunidades sociales. Se facilita si se comprende el mundo del niño, su temperamento, fortaleza y debilidades, y puede precisar destrezas especiales, por ejemplo en el manejo de las discapacidades.
- *Guía y establecimiento de límites congruentes para la conducta culturalmente aceptable*, procurando infundir en el niño respeto a los demás, disciplina y valores morales internos. Esto se logra mediante la supervisión y la vigilancia (proteger al niño de modelos de roles deficientes), tutoría

y recompensa por la conducta satisfactoria. Se desalientan las acciones no aceptables de una manera constante, proporcionando un modelo para el control de la ira y la resolución de los conflictos.

- *Una base de familia estable* para vérselas con el mundo en general.

Aunque hay gran variación, estas necesidades avanzan por fases desde el nacimiento hasta la adolescencia, comenzando con el apego a los principales cuidadores en el primer año. De la confianza que de esta manera se proporciona, el niño logra aumentar gradualmente la autonomía y comienza a desarrollar un sentido de lo propio, a reconocer y regular sus estados emocionales y a descubrir los límites del poder personal y la identidad. Durante los años preescolares, una tarea importante es la integración al grupo de compañeros. Hacia el final del primer decenio, el niño comienza a establecer esperanzas personales, a asumir la responsabilidad y adquirir el sentido de lo correcto y lo incorrecto. La adolescencia se caracteriza por el desarrollo psicosexual y un desplazamiento gradual hacia la edad adulta.

El término «paternidad» abarca las actividades del adulto que satisfacen estas necesidades y fomentan el desarrollo del niño hasta convertirse en un adulto realizado. A veces se prefiere el término «brindar cuidados», a fin de incluir a los padres adoptivos, de acogida y otros, como los abuelos, quienes desempeñan un papel fundamental en los cuidados otorgados al niño. La paternidad puede verse alterada por muchos factores además de las enfermedades mentales, por ejemplo, pobreza, sucesos adversos y violencia o desintegración familiar. El barrio puede ser violento y pobre o, en cambio, puede tener redes de cooperación sólidas. Hay influencias culturales y religiosas tales como las actitudes hacia la privacidad y la cooperación familiar, responsabilidad social, autoridad y etnicidad. La violencia, las guerras y la persecución a escala nacional representan las circunstancias más desfavorables para brindar cuidados.

## FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

### Tratamiento y profilaxis de los trastornos mentales en las mujeres embarazadas

A la mayoría de los pacientes con psicosis crónicas y muchos con enfermedades mentales recidivantes se les prescribe fármacos preventivos o terapéuticos y muchas mujeres se embarazan cuando los están recibiendo. Aunque en general es recomendable evitar fármacos durante el embarazo, los riesgos de suspenderlos suelen superar los riesgos para el feto. El embarazo no suele volverse detectable antes de las 30 a 40 semanas de la gestación, de manera que los lactantes concebidos por mujeres que toman con regularidad fármacos están expuestos a riesgos teratógenos. En el caso de la mayor parte de los fármacos psicoactivos, este riesgo es debatido y leve. Sin embargo, el valproato (posiblemente también la carbamazepina) puede causar defectos del tubo neural y discapacidades del aprendizaje; este riesgo se reduce, pero no se elimina con el ácido fólico. El tratamiento electroconvulsivo puede desencadenar un parto prematuro, evitable mediante un fármaco tocolítico. Se ha comunicado toxicidad neonatal o adicción en algunos lactantes expuestos a litio, antipsicóticos, antidepresivos y benzodiazepinas. Se han exagerado los riesgos para el lactante alimentado con lactancia materna (2).

## Abuso de sustancias

Nos enfocamos en el etanol, los narcóticos y la cocaína, que son los que mejor se han investigado. Los lactantes expuestos afrontan muchos factores adversos: sus madres a menudo tienen trastornos mentales (tales como depresión y trastornos paranoides); a menudo abusan de otras drogas; padecen múltiples problemas sociales y pobreza; muchas no buscan atención prenatal. Los lactantes pueden verse afectados por una desnutrición materna e infecciones tales como hepatitis, VIH o enfermedades venéreas. La calidad de la atención, lo mismo que los efectos de las drogas, son un indicador potente del desenlace.

Los tres compuestos conllevan un incremento del riesgo de gestación breve y bajo peso al nacer. Además, algunos lactantes expuestos son pequeños para la edad gestacional, lo que implica una posible insuficiencia placentaria, no sólo la interrupción temprana de la vida intrauterina. Esto en sí mismo, sin exposición al fármaco, puede dar por resultado disfunción neurológica y posiblemente retrasos del lenguaje y trastornos emocionales (3).

Seleccionando algunos aspectos sobresalientes, el etanol, tomado en cantidades excesivas, puede ser teratógeno y producir un incremento general de las anomalías congénitas. Puede haber microcefalia y lesión cerebral permanente; el síndrome de alcoholismo fetal es una causa principal de retraso mental. Una notable complicación de la *adicción a narcóticos* es el síndrome de abstinencia, contra el cual no protege el mantenimiento con metadona. Una complicación específica del *abuso de cocaína* es el desprendimiento prematuro de la placenta. Los efectos a largo plazo de los opiáceos y la cocaína se han estudiado considerablemente, pero no se ha llegado a un consenso sobre las disfunciones cognitivas o los problemas conductuales, cuando se ha realizado el ajuste con respecto a la privación social (4).

## Otras influencias dañinas durante el embarazo

Se asevera que la ansiedad leve, la depresión o el estrés durante el embarazo pueden tener efectos duraderos sobre el niño. Estos comprenden complicaciones durante el embarazo, prematuridad, bajo peso al nacer o retraso del crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal o neonatal y retraso del desarrollo, pero no hay ningún consenso sobre estos efectos. Tal vez la aseveración más sustentada es que la ansiedad en el segundo trimestre afecta a la salud mental en la infancia media, pero tales investigaciones están plagadas de muchos factores de confusión. Sólo estudios de cohorte rigurosamente diseñados pueden fundamentar estas aseveraciones.

La violencia doméstica durante el embarazo conlleva el riesgo de lesión y muerte del feto. También puede afectar gravemente las actitudes y la moral de la madre.

Muchos embarazos no son planificados, pero la mayor parte de estos ocurren simplemente a destiempo y son completamente aceptados. Una minoría permanece persistentemente indeseada. El número de estos embarazos no afectados es muy reducido en países que permiten el aborto; aún así algunos son llevados hasta el término. El embarazo no deseado es un problema importante en muchos países de bajos ingresos (5). Conlleva un incremento del riesgo de negación del embarazo, abuso fetal, neonaticidio, depresión, trastornos de la relación madre-lactante y trastornos emocionales en los niños. Los estudios de cohortes de embarazos no deseados y sus desenlaces psicológicos son una prioridad en la investigación.



## ALTERACIONES DE LA PATERNIDAD DEBIDAS A TRASTORNOS MENTALES

Las funciones complejas de la paternidad pueden verse perturbadas, en mayor o menor grado, por todas las formas de trastornos mentales de los progenitores. No es tanto el diagnóstico lo que confiere el riesgo, sino la gravedad y la cronicidad del trastorno psicopatológico. Es importante resaltar que las investigaciones sobre la paternidad refieren interrelaciones estadísticas en muestras a gran escala. Hay mucha variación en los trastornos psicopatológicos (su gravedad y duración) y en la personalidad de cada paciente, en la adaptación y en las circunstancias sociales. Muchos progenitores con depresión grave, trastornos por ansiedad o de la conducta alimentaria e incluso los que padecen psicosis, pueden ser excelentes cuidadores.

Diferentes trastornos tienen su efecto a través de vías comunes; a saber:

- *Preocupación de los progenitores.* Cualquier preocupación, sea inquietud, rumiación obsesiva o iracunda o delirios, pueden alterar la vigilancia y la disponibilidad para responder al niño; de manera que este efecto se verá en los trastornos por ansiedad, obsesivos e irritables, así como las psicosis y los trastornos de personalidad emocionalmente inestable. La inatención también es causada por la participación en actividades malsanas que consumen tiempo, tales como los rituales compulsivos, las parrandas o el abuso de drogas. Se deberá a trastornos que afectan la facultad de la propia atención, como la depresión. Si esta inatención es frecuente y prolongada, el establecimiento de límites será inconstante y se empobrecerá el ambiente sin el estímulo para el crecimiento intelectual.
- *Indisponibilidad emocional.* Esta tiene una gravedad que fluctúa desde la evitación del niño debido a una fobia dirigida a éste u obsesiones de infanticidio, hasta la indiferencia extrema que se observa en la depresión grave o la psicosis.
- *Ira.* Esta es notoria en caso de depresión, psicosis aguda, manía, intoxicación y abstinencia de drogas y alcohol. La irritabilidad puede encontrar una salida en los niños, quienes son más accesibles que los esposos u otros familiares. La ira patológica es una manifestación de un trastorno grave en la relación madre-lactante. La hostilidad puede estar dirigida al niño en los trastornos delirantes. La irritabilidad explosiva es un problema en algunas personas con trastornos de la personalidad.
- *Alteración de la conducta.* Un niño puede estar expuesto a impulsividad, fluctuaciones extremas del estado afectivo, expresiones atípicas o conducta basada en delirios. Las respuestas emocionales anormales pueden alterar la interacción. Esto es desconcertante, a veces atemorizante. El cambio desde una residencia para enfermos mentales al tratamiento extrahospitalario en algunos países significa que más niños están expuestos a la conducta psicótica de cerca.

La paternidad también es afectada de manera indirecta por otros factores:

- *Privación.* Las enfermedades mentales tienen una interrelación general con la adversidad social (6), lo cual puede contribuir a su causa, o puede ser resultado de enfermedad, discapacidad o incompetencia social. Por ejemplo, las

madres con psicosis crónica (que tienen un número similar de embarazos o nacimientos al de otras mujeres) con más frecuencia tienen que adaptarse a ser madres solteras, discordias conyugales, violencia doméstica, pobreza y desamparo. Son vulnerables a la discriminación y a la explotación. Un mayor número sufre violación y afrontan consecuencias tales como aborto o enfermedades de transmisión sexual. Un mayor número tiene embarazos no deseados. Un mayor número de ellas tiene aislamiento social y carecen de ayuda para la crianza del niño. Un mayor número de ellas tienen parejas con trastornos mentales. Los niños pueden tener un riesgo genético más alto y tienen más posibilidades de presentar problemas conductuales difíciles. Estos factores asociados, considerados en forma individual o conjunta (sin añadir la psicosis materna), incrementan el riesgo de trastornos mentales en los niños.

- *Separación.* La relación progenitor-niño puede verse interrumpida gravemente por la hospitalización del progenitor. Aun con un tratamiento óptimo, estos padres tienen contacto con sus niños por periodos breves o prolongados y esto puede afectar al apego. El niño puede traumatizarse de ver que se llevan a sus progenitores o que viven en hospitales. El niño a menudo tendrá que ser trasladado con familiares, o a cuidados de acogida, de manera que recibe múltiple paternidad. Donde no se dispone de cuidados de acogida proporcionados por el gobierno ni apoyo de la familia extendida, la paternidad será inadecuada. Además, las mujeres con enfermedades mentales temen a la separación forzada de sus niños. De hecho, muchos los pierden —a esposos distanciados, otros familiares, cuidados de acogida o adopción— y esta es una fuente de tristeza prolongada (7). El temor a perder la custodia o el acceso predomina en la interacción con los servicios de salud mental y sociales. Las mujeres pueden dejar de buscar ayuda o no revelar que tienen hijos, a causa de su temor.
- *Estigma.* A causa de la enfermedad de los progenitores, el niño puede estar expuesto a acoso, bromas y ostracismo. Los progenitores también sufren de estigma, lo cual puede conducir al aislamiento social que aumenta la adversidad del medio en que crece el niño.

## REPERCUSIÓN DE ALGUNOS TRASTORNOS MENTALES ESPECÍFICOS SOBRE PATERNIDAD

### Psicosis

En los padres con *psicosis crónica*, el brindar cuidados suele ser errático e intermitente, con una baja calidad de sensibilidad y participación (8). Los padres con psicosis recidivante y aguda (incluidos los episodios posparto), la relación parental suele ser normal después del restablecimiento (9) a menos que los episodios sean frecuentes y prolongados.

### Depresión

La depresión es el trastorno mental más frecuente, sobre todo en las mujeres en edad de procrear. Hay mucha inquietud sobre su repercusión en la maternidad y en muchos estudios se han investigado sus efectos sobre la interacción madre-lactante y el desarrollo del niño, utilizando diversas modalidades de investigación. El temperamento y la conducta del lactante



también pueden afectar al estado de ánimo de la madre creando un ciclo vicioso. No obstante, los efectos adversos no son generales; algunas madres deprimidas reciben el apoyo de la interacción con sus niños (10).

Los efectos de la depresión sobre la paternidad comprenden los siguientes:

- Los progenitores deprimidos comunican tristeza y pesimismo. Carecen de alegría y espontaneidad y suelen ser irritables. Pueden mostrar menos afecto, cariño y reactividad. Estas influencias nocivas tienen gran repercusión en la lactancia, cuando el contacto es cercano y continuado.
- La anergia depresiva reduce los esfuerzos que pueden hacer los progenitores. Puede disminuir la cantidad, la calidad y la variedad de la interacción. El pensamiento es ineficiente y junto con la meditación melancólica y las preocupaciones enfermizas reducen la capacidad de atención, la iniciativa y el control.
- La depresión (o trastornos de la relación asociados) puede acompañarse de retrasos del lenguaje y, a través de su influencia perenne, de otras deficiencias educativas.

También puede haber efectos sobre la salud y el desarrollo físicos (11). Hay estudios contradictorios realizados en Brasil, India, Etiopía, Vietnam, Paquistán y Perú en torno a una interrelación entre la depresión materna y el bajo peso al nacer y la desnutrición.

### Trastornos de la relación madre-lactante (apego)

El crecimiento de la relación madre-lactante es el proceso psicológico clave en el puerperio. Es esta relación, que gradualmente se desarrolla durante las primeras semanas después del nacimiento, lo que permite a las madres hacer sacrificios, mantener la vigilancia y resistir la responsabilidad de criar a sus lactantes. Este proceso puede verse alterado, aun antes del nacimiento. En los embarazos rechazados, el feto puede verse como una intrusión y esto en ocasiones da por resultado abuso fetal (12). Después del nacimiento, una falta desalentadora de sentimiento hacia el lactante (lo que es frecuente en las primeras etapas), en una pequeña proporción, puede avanzar a la aversión, al odio y al rechazo (13). La hostilidad materna priva al lactante de la necesidad fundamental de relaciones amorosas, altera gravemente la interacción y da por resultado abuso emocional. Las necesidades del lactante provocan impulsos agresivos los cuales, cuando no se autocontrolan, da por resultado el abuso verbal y el tratamiento violento. Estos niños tienen un alto riesgo de sufrir malos tratos.

### Trastornos por ansiedad

Los trastornos por ansiedad pueden afectar a la paternidad. La intrusión y el control excesivo, la «predicción catastrófica» (predecir consecuencias espantosas de aventuras normales) y la sobreprotección, a veces junto con una falta de calidez y reactividad, pueden privar a los niños de oportunidades para explorar y manipular el mundo circundante. Estos pueden originar ansiedad de separación, rechazo a la escuela y limitaciones sociales.

### Trastornos de la conducta alimentaria

Si una mujer embarazada restringe gravemente su ingesta, el feto puede sufrir alteraciones de la nutrición y el crecimiento.

Las actitudes de algunas madres anoréxicas o bulímicas dan por resultado el conflicto a la hora de las comidas y en ocasiones ira crónica y alteración del crecimiento (14).

### Discapacidad y aprendizaje

La paternidad por mujeres con discapacidad de aprendizaje cada vez se vuelve más importante, ya que son trasladadas desde residencias de enfermos mentales a la población. A menudo están socialmente aisladas y tienen muchos otros problemas. Sus niños pueden tener más riesgo de abuso y descuido, pero hay una gran escasez de información sobre la paternidad por estas personas.

### EL DAÑO A LOS NIÑOS QUE PUEDE DEBERSE A LOS TRASTORNOS MENTALES DE LOS PROGENITORES

#### Alteraciones psicológicas y trastornos mentales en la infancia

Los niños de personas con trastornos mentales graves tienen más riesgo de alteraciones psicológicas, no sólo por los problemas de paternidad, sino también porque pueden compartir una predisposición genética y estar expuestos a una gama de factores de fondo asociados a las enfermedades mentales de los progenitores. Estos comprenden complicaciones obstétricas previas, privación y falta de apoyo social, conflictos conyugales y vida familiar caótica. Son más vulnerables a la explotación. Existe el efecto recíproco de una conducta problemática del niño, que provoca hostilidad en los progenitores. Por otra parte, pueden operar factores protectores, tales como la resistencia del niño o la influencia beneficiosa de una pareja sana u otro familiar.

La mejor manera de pronosticar la salud mental y la competencia social del niño es por múltiples riesgos contextuales, menos por las variables de la enfermedad y menos por el diagnóstico categórico. En general se cree que las relaciones paterno-filiales que carecen de cuidado y que se caracterizan por una disciplina dura y sobre todo por malos tratos son factores importantes para un desenlace cognitivo, conductual y emocional deficiente. Un enfoque en la paternidad ofrece oportunidades excelentes para la intervención.

Algunas formas tempranas de alteraciones del lactante sin duda estar relacionadas con la paternidad. Estas comprenden los estados de temor que se encuentran en el abuso grave. Estos niños tienen estigmas conductuales: apatía al grado del estupor, llanto sólo en extremis, falta de expresión y vocalización, alerta visual excesiva («vigilancia congelada») (15).

Otra manifestación temprana es la ansiedad observada en los lactantes sin madres deprimidas. El lactante juega un papel importante en el desarrollo de la relación con su cuidador, contribuyendo a un diálogo a través de las miradas, las sonrisas, las risas y el balbuceo. Se angustia cuando faltan estas expresiones.

Al final del primer año se pueden reconocer los *trastornos del apego*. El apego seguro puede significar una capacidad persistente para formar relaciones, predecir la popularidad y la aceptación por los compañeros, lo cual a su vez favorece otras formas de competencia social. El apego desorganizado puede estar relacionado con una paternidad negligente y abusiva. *El trastorno por apego reactivo de la lactancia y las primeras*

*etapas de la infancia* es un trastorno clínico que se observa en los primeros 5 años de vida y se caracteriza por anomalías persistentes en las relaciones con compañeros y otras. Hay una variante desinhibida, con sociabilidad indiscriminada, asociada a la crianza en residencias para niños.

En etapas más avanzadas de la infancia, puede haber *síndromes de «exteriorización»* (trastornos hiperkinéticos, de la conducta y de rebelión y desafío). Las aseveraciones de que la paternidad interviene en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad son debatidas, pero los niños expuestos a abuso de drogas o que sufren malos tratos pueden tener más riesgo. Los trastornos de la conducta y la desobediencia en el primer decenio de vida, gradualmente se transforman en delincuencia en la adolescencia, rasgos antisociales en el adulto y delitos. Aunque hay muchos factores etiológicos que compiten (incluso los genéticos), gran parte de la investigación ha mostrado una interrelación de estos trastornos con la paternidad (16). El estilo que más claramente está relacionado es el autoritario: paternidad rígida y dura y una atmósfera de hostilidad y crítica, llevan a un círculo vicioso de mala conducta y castigo (17). La agresión del niño es aprendida de los progenitores. Se convierte en parte de una red de factores de riesgo que dan por resultado más desventaja social, provocando reacciones negativas, logros deficientes, problemas en las relaciones sociales y en la paternidad futura, trastornos afectivos y abuso de sustancias, así como delincuencia.

También puede haber *síndromes «interiorizantes»*, depresión y ansiedad. Un síndrome diagnosticable de depresión se puede reconocer en las etapas avanzadas de la infancia. Hay bastantes pruebas indicativas de un aumento de la depresión y de parasuicidio en el adolescente, en la descendencia de progenitores con enfermedades mentales. La depresión de los progenitores tiene muchas desventajas para los niños, las que comprenden problemas en la autoestima y en las relaciones con los compañeros. Pero pueden estar relacionadas con «factores de riesgo familiar» (tales como discordia conyugal y paternofilial) además de, o en vez de, la propia depresión materna (18). Hay una amplia bibliografía en torno a la influencia de la ansiedad de los progenitores en el desarrollo de la ansiedad enfermiza en los niños. La transmisión de la ansiedad a través de las generaciones en parte es genética y en parte es a través de la modelación y la sobreprotección.

En los años de la adolescencia, el abuso de *sustancias* se vuelve frecuente en adolescentes vulnerables, más en los niños de adictos. Los factores genéticos explican en parte la interrelación, pero estudios longitudinales han demostrado que la paternidad también es importante, a través de una disciplina ineficaz, falta de supervisión y vigilancia, bajos grados de apoyo, conflicto paterno-filial y aprendizaje por el ejemplo.

## **Malos tratos a menores**

### *Abuso físico del menor*

El abuso físico del niño puede asociarse sobre todo a personalidades agresivas, pero también a la psicosis (19), el alcoholismo (20,21) y la depresión (20-22).

### *Descuido del menor*

El descuido del menor se define como la falta persistente de cumplimiento de las necesidades y derechos básicos de un

niño, lo que da por resultado alteración importante de la salud y el desarrollo (23). Puede complicar a la depresión grave, la psicosis (19,24) y el abuso de sustancias (20,25,26).

El descuido es un fenómeno heterogéneo con manifestaciones diversas, que comprenden la falta de prevención del sufrimiento o la búsqueda de asistencia médica o para la salud mental, la falta de abrigo, la falta de supervisión, el dejar al niño con cuidadores no seguros o la negación deliberada de oportunidades educativas o sociales. Es importante distinguirlo de las consecuencias inevitables de la pobreza: los niños de familias de padres solteros, pobres, con muchos problemas sociales, pueden ser objeto de descuido pese a los mejores esfuerzos de los progenitores. Esto se aplica a la nutrición: el «retraso del crecimiento» no se debiera atribuir a descuido sin un indicio evidente. No obstante, ejemplos extremos, tales como el abandono general grave y la muerte por inanición deliberada, así como el síndrome de «enanismo por privación», demuestran que la nutrición también puede intervenir en el descuido.

### *Abandono y abuso emocional*

Los malos tratos emocionales son una manifestación de los trastornos graves de la relación paternofilial. El «abandono emocional» significa que las madres son emocionalmente distantes y no responden a las necesidades del niño de comodidad y ayuda. El «abuso emocional» comprende la humillación y la denigración —comentarios hostiles, críticos o sarcásticos, que transmiten al niño que no vale nada o que no es amado, la culpabilización, el aislamiento, el ignorar, el explotar o «aterrozar» al niño, por ejemplo, amenazando suicidio o abandono (27). La exposición a la violencia doméstica puede incluirse dentro de este encabezamiento. Los malos tratos emocionales pueden ser un factor de riesgo más potente para la inadaptación subsiguiente que otras formas de abuso (28).

### *Trastorno facticio o simulación*

Este término comprende a los cuidadores que provocan o fingen enfermedad en sus niños (29). Las manifestaciones consisten en la creación o simulación de síntomas y la provocación deliberada de enfermedades mediante actos como envenenamiento, ahogamiento o infección de sus lactantes.

## **Muerte del niño**

Esta suele subdividirse en *neonaticidio* y *filicidio* (asesinato de un niño mayor por su progenitor). En el neonaticidio, no suele haber una enfermedad mental formal, sino más bien una crisis emocional caracterizada por pánico o ira, pero suelen presentarse diversas formas de alteración de la conciencia durante el parto (30) y es posible que nunca se descarten en los partos solitarios. El filicidio es muy infrecuente, pero de gran preocupación pública. A menudo se asocia a enfermedades mentales, sobre todo depresión suicida, pero también delirios en torno al niño, trastornos graves de la relación maternofilial y en ocasiones psicosis aguda, alucinaciones de órdenes, delirio o estados de trance (31). Algunos pueden temer que el mencionar esta relación del trastorno mental incremente el estigma, pero consideramos que la mejor estrategia es reconocer el riesgo y adoptar los pasos para minimizarlo.

## PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS NIÑOS VULNERABLES

### Ejercicio clínico en la psiquiatría del adulto

#### *Clasificaciones diagnósticas*

Los encargados de producir la ICD-11 y el DSM-5, al formular sus sistemas multidimensionales, debieran incluir la codificación obligatoria de factores contextuales importantes. Una designación específica propuesta es «el inicio de enfermedades mentales relacionadas con la crianza». Recomendamos que otro sea «el contexto parental» (el cuidado actual de un niño de menos de 18 años).

#### *Valoración clínica*

La Asamblea sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (1) señala que los países deben brindar atención sanitaria preventiva y guía a los progenitores. El procedimiento actual en psiquiatría del adulto no cumple con mucho este requisito. A menudo no se toma en cuenta la situación o ni siquiera la existencia de los niños. Los psiquiatras deben tener presente que muchos pacientes son progenitores y que sus niños tienen más riesgo de problemas psicológicos. Los profesionales clínicos deben adaptar los antecedentes psiquiátricos normales para incorporar preguntas en torno a paternidad, matrimonio y vida familiar. Estos deben incluirse en los programas de formación tradicionales dirigidos a los profesionales de la salud mental.

Recomendamos como una pregunta preliminar: «¿Está cuidando a su niño?», seguida de «¿Cómo se las está arreglando como padre?» o «¿Tiene alguna preocupación sobre los cuidados que brinda a (nombre del niño)?». En quienes tienen responsabilidades de cuidar a un niño, debe haber una valoración breve de los padres, según se describe en la tabla 1. Esta es un poco dilatada, pero sienta las bases para el apoyo y las intervenciones en los familiares.

#### *Visita a las instalaciones del hospital*

Durante el ingreso, los centros deben hacer los preparativos para la visita por los niños, protegidos de la interacción con otros pacientes. El progenitor enfermo puede necesitar ayuda para explicar la enfermedad a los niños.

#### *Planificación del alta y rehabilitación*

Esto debiera incluir el aleccionamiento de los padres sobre el desarrollo del niño y el tratamiento de los problemas de paternidad. Después del alta si es posible en colaboración con los servicios sociales, se deben hacer planes para el apoyo paterno a largo plazo en la población. Esto puede incluir un descanso para los padres y oportunidades de distracción para los niños. Se debe vigilar la situación de la familia para evitar una crisis que obligue a sacar a los niños. La Asamblea de las Naciones Unidas dirige la atención a la necesidad de la planificación familiar. Cuando esto redunde en los mejores intereses de la familia, este consejo debiera ser parte sistemática del procedimiento clínico. Los programas para la valoración breve de la paternidad, y los programas para resolver problemas, son temas de investigación para el futuro. La viñeta de la tabla 2

ilustra el tratamiento de la ineficacia de la paternidad por un servicio hindú saturado.

### Planificación prenatal

Cuando una mujer con una enfermedad mental grave se embaraza, es esencial la comunicación entre los equipos de salud mental y obstétrico y otros servicios pertinentes. Si lo permiten la distancia y los recursos, debiera convocarse una reunión interdisciplinaria para la planificación prenatal lo más pronto posible, a fin de intercambiar información y coordinar la asistencia. El motivo de la urgencia es que el intervalo entre el diagnóstico del embarazo (que puede estar retrasado) y el nacimiento (que puede ser prematuro) a veces es breve. La reunión debe incluir al médico general, un representante del servicio de obstetricia, miembros del equipo de salud mental y (de ser posible) la propia mujer embarazada. Es útil incluir al esposo de la paciente (o al padre del niño) y a un miembro de la familia general. Hay muchos problemas que deben atenderse: tratamiento farmacológico, cuidados prenatales, signos tempranos de una recaída, el tratamiento durante el puerperio y el cuidado del lactante. Es esencial que el equipo de salud mental esté alerta lo más pronto posible mientras la madre avanza hacia el parto. Necesitará apoyo adicional en la crianza del niño y puede ser necesario que intervenga el equipo de protección al niño. Puede ser factible remitir a las mujeres embarazadas y puerperas a un servicio psiquiátrico especializado.

También se recomienda la planificación previa a la concepción similar cuando un hombre o una mujer con una enfermedad mental están considerando iniciar una familia.

### Servicios de especialistas

#### *Psiquiatría maternoinfantil*

La Asamblea de las Naciones Unidas estipula que los países deben asegurarse de una atención a la salud prenatal y posnatal apropiada. Los servicios maternoinfantiles (perinatales), sean como una rama de la psiquiatría infantil o como una subespecialidad de la psiquiatría del adulto, se han desarrollado en algunos países de altos ingresos y también en India y Sri Lanka. Pueden atender a una población, asistir a pacientes con enfermedades graves y no tratables, capacitar a personal, crear servicios y llevar a cabo investigación. Sus recursos deben incluir clínicas para pacientes ambulatorios, hospitales diurnos, centros para pacientes internos, programas sociales, enlaces

**Tabla 1.** Valoración breve de la paternidad en pacientes con responsabilidades en el cuidado de niños

- 
- |    |                                                                                                                                                                 |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A. | Indicios de que se están satisfaciendo todas las necesidades de los niños.                                                                                      |
| B. | Si existen problemas, valoración adicional de:                                                                                                                  |
|    | - La calidad de la relación                                                                                                                                     |
|    | - Violencia familiar                                                                                                                                            |
|    | - Disolución en la escuela                                                                                                                                      |
|    | - Otros problemas, tales como descuido de la seguridad de la salud, sobreprotección o niños que asumen un papel paterno                                         |
|    | - Trastornos emocionales de los niños o conducta alterada                                                                                                       |
|    | - Fuentes de cuidado alternativo                                                                                                                                |
| C. | Apoyos disponibles: el otro progenitor, la familia extendida, la escuela, los vecinos, los organismos no gubernamentales o los servicios de cuidados a la salud |
-

**Tabla 2.** Una viñeta que ilustra la valoración de la paternidad y las intervenciones en caso de una enfermedad mental grave en la India

Una viuda de 35 años de edad vivía con su hijo y su hija de siete y nueve años. Su suegro anciano vivía cerca. Durante dos años pocas veces salió de su domicilio, recluía a sus niños, descuidaba su higiene y los alimentaba con papas fritas y bebidas gaseosas. Finalmente, cuando comenzó a llorar ante perseguidores imaginarios, los vecinos ayudaron a su suegro para lograr que la hospitalizaran.

*Hallazgos de la valoración de la paternidad:*

- Los niños sufrían deficiencias de vitaminas.
- Cuando se enfermaban, su madre no consultaba a un médico.
- Habían dejado de asistir a la escuela durante seis meses y no tenían compañeros.
- Su madre era ruidosa e imprevisible.
- El niño de mayor edad adoptó el papel paterno y tuvo que llevar a cabo tareas domésticas.

*Recursos disponibles:*

- Los niños se unieron entre sí y a su abuelo.
- Una familia extendida (alienada por la conducta de ella).
- Vecinos y maestros escolares preocupados.

El servicio de psiquiatría (para adultos) fue el punto de donde se brindaron todas las formas de cuidados. Pese a la falta de un servicio social genérico, se integró una trabajadora social al equipo interdisciplinario. Junto con un residente en formación, llevó a cabo la planificación del cuidado de la familia.

*Acciones:*

- El suegro recibió guía y ayuda física para atender a los niños. Estuvo de acuerdo en asegurarse de la asistencia a la escuela.
- Cuando se explicó la enfermedad mental de la madre, su familia se volvió menos crítica y estuvo de acuerdo en visitarla con regularidad. Los vecinos continuaron apoyando al abuelo.
- Un maestro vigiló la asistencia y el bienestar de los niños.
- Los niños visitaban a su madre. Ella recibió aleccionamiento sobre los aspectos esenciales de la paternidad.
- Puesto que los niños estaban con riesgo de carga genética, abandono, maternidad soltera e infancia inestable, fueron remitidos al servicio de psiquiatría infantil para valoración e intervención.

obstétricos, enlaces con otros servicios y organismos voluntarios y experiencia médico-legal. El centro del servicio es un equipo interdisciplinario de especialistas que brinda cuidados a la madre con enfermedad mental y a su niño —un recurso clave sean cuales sean los antecedentes culturales y los recursos disponibles—. Hay la necesidad de investigar la rentabilidad de estos servicios «modernos» costosos.

La valoración y el tratamiento de las alteraciones en las relaciones materno infantiles es una de las habilidades de estos equipos. En todas las madres con partos recientes que presentan síntomas es esencial valorar esta relación, teniendo presente que la vergüenza o el temor de que se revelen los problemas llevará a la intervención de organismos para la protección del niño, lo cual a menudo lleva a ocultamiento. Se debieran utilizar algunas preguntas con delicadeza: «¿Se ha sentido decepcionada en sus sentimientos por el (nombre del niño)?» o «¿Cuánto tiempo tardó en sentirse cercana a su bebé?». Si hay algún indicio de sentimientos negativos hacia el niño, se exploran éstos, junto con las manifestaciones de ira. «¿Cuál es el peor impulso que ha sentido?», «¿Alguna vez ha perdido el control?», «¿Cuáles fueron las peores cosas que le hizo a su bebé?». Para las madres cuya aversión es tan fuerte que pone en riesgo la salud y la seguridad del lactante, es esencial la

intervención. El tratamiento hábil a menudo logra una relación normal.

*Servicios para las mujeres embarazadas con abuso de sustancias*

Todos los miembros de la sociedad deben comprender que el beber alcohol y el abuso de drogas pueden ser consecuencias peligrosas, sobre todo durante el embarazo. Los médicos prácticos y las parteras debieran aconsejar a las mujeres que están pensando embarazarse, o a las que ya están embarazadas, aconsejarles de que se abstengan; se deben capacitar para valorar el abuso durante el embarazo. En el alcoholismo un problema es reconocer los efectos fetales del alcohol. En la adicción a narcóticos, el objetivo es reducir la exposición del feto. Otros fármacos de abuso se han de retirar gradualmente. La retirada completa de opiáceos, o el empleo de un antagonista como la naloxona, pueden desencadenar un síndrome de abstinencia fetal. Para muchos, el reemplazo de heroína con dosis moderadas de metadona o buprenorfina es la mejor opción, con menos retraso del crecimiento intrauterino así como complicaciones perinatales. Las toxicómanas embarazadas precisan un tratamiento intensivo. Después del parto, se puede detectar el abuso no sospechado mediante biomarcadores en sangre, pelo, orina, meconio o tejidos umbilicales. Los lactantes deben permanecer en el hospital el tiempo suficiente para tratar la intoxicación o los síntomas de abstinencia. La intervención temprana puede aliviar los efectos secundarios y mejorar los logros y la conducta. Hay pocos servicios interdisciplinarios de diagnóstico y tratamiento por especialistas (32); se debiera valorar su eficacia y despliegue en todo el mundo.

**Protección al niño**

La Asamblea de las Naciones Unidas declara que la protección al niño debe incluir programas que apoyen a los cuidadores del niño y que también identifiquen, notifiquen, investiguen, traten, hagan seguimiento y prevengan los malos tratos al niño. En todas las acciones relacionadas con los niños, sea que las lleven a cabo las autoridades administrativas o los cuerpos legislativos, debieran ser primordiales los mejores intereses del niño. Esto, más que la conservación de la familia, es el principal aspecto que hay que considerar y el bienestar de un niño tiene prioridad por sobre los derechos de los progenitores, aun cuando su separación agrave la enfermedad mental de los progenitores. Los países deben aprobar leyes, asignar responsabilidades y establecer los procedimientos para la investigación y las acciones resolutorias, incluida la protección de urgencia. Los profesionales de la salud mental deben comprender las leyes y los procedimientos aplicables en el país donde trabajan.

La protección del niño exige la alianza de muchas instituciones sociales:

- *La familia extendida.* La Asamblea afirma el papel fundamental de la familia, como el entorno natural para el crecimiento y el bienestar del niño. La participación activa del padre es muy útil. Los hermanos, los familiares políticos y las abuelas a menudo son las principales fuentes de apoyo, de hecho, en algunos países el único recurso.
- *Los equipos interdisciplinarios de protección al niño* son la base fundamental en los países con altos ingresos.



- En alianza con estos equipos, o como una alternativa, *barrios, escuelas, agencias de voluntarios y organizaciones religiosas* pueden apoyar a las familias, comunicando los malos tratos y promoviendo las oportunidades sociales y las redes informales.
- *Las ubicaciones alternativas* son el refugio de niños que no pueden ser criados sin riesgo por sus padres biológicos. Estas incluyen adopción, pérdida adoptiva y diversas formas de cuidados en instituciones.

### *Manejo de los malos tratos*

En otra parte se han resumido el diagnóstico temprano, la valoración y el tratamiento de los malos tratos sospechados (33). Cuando se asocian a un trastorno mental grave, esto introduce un elemento adicional de complejidad. Tomemos como ejemplo el trastorno facticio. En este caso el trastorno psicopatológico grave del progenitor pone en conflicto el derecho del niño a la protección con el derecho de la familia a la privacidad, las relaciones médico-paciente normales y la confidencialidad médica. La investigación debe incluir el análisis de los antecedentes personales patológicos del progenitor (con la ayuda del médico general), una visita no programada al domicilio, la vigilancia encubierta (después de una consulta amplia) y excluir al progenitor del cuidado del niño. Cuando se establece el diagnóstico, es decisiva la reunión con los progenitores: el médico debe poner en claro que sabe lo que está ocurriendo, explicar el daño al niño y asegurarles que va a ayudar tanto a los progenitores como al niño.

A menudo, el único remedio seguro es apartar a los niños que sufren malos tratos. La venganza coercitiva es uno de los sucesos más traumáticos que una madre puede experimentar y aún más si esto se debe a una enfermedad mental susceptible de tratarse. También puede ser angustiante para el niño. Las ubicaciones alternativas también tienen riesgos: hace mucho tiempo se observó la tristeza y la miseria de los niños en orfanatos y hospitales («hospitalismo»). Los lugares de acogida temporal, a menudo tienen gran utilidad, a veces fracasan y dan por resultado más perturbación.

Gran parte de la investigación se ha llevado a cabo sobre la prevención de los malos tratos, a través del aleccionamiento al público y la intervención proactiva en grupos con alto riesgo (34,35). Excepto en lo referente a que algunos trastornos mentales graves (y sobre todo el entorno social relacionado con ellos) constituyen factores de riesgo, esto queda fuera del enfoque de estas directrices.

### *Recursos disponibles en todo el mundo*

Buscamos información sobre recursos para la protección al niño en los países del mundo donde nacen más niños. Tuvimos el beneficio de una serie de informes, obtenidos por uno de nosotros, de 19 países. Complementamos esto con cartas enviadas a colegas, preguntándoles sobre leyes, apoyo público y político, registros nacionales, notificación, equipos de protección al niño, formación educativa, servicios sociales y otros organismos dedicados a la protección del niño. Obtuvimos respuesta de seis países en África (Etiopía, Kenia, Mozambique, Nigeria, Tanzania y Uganda), tres en el sureste de Asia (India, Paquistán y Las Filipinas), dos en el Medio Oriente (Egipto y Turquía) y tres en Suramérica y Centro América (Argentina,

Brasil y México), así como de muchos otros países con altos ingresos. Surgió un patrón de cuatro grupos amplios:

- El grupo 1 consta de países prósperos, con diferentes estilos y disposiciones legales, pero con todo disponible —p. ej., Canadá, que ha hecho importantes contribuciones a la investigación sobre los malos tratos al niño.
- El grupo 2 consta de países como Turquía y Taiwán, que pueden haber comenzado después, pero que ya están avanzando hacia un servicio eficaz- Turquía, por ejemplo, cuenta por lo menos con 14 equipos de protección al niño.
- El grupo 3 consta de países como India y Uganda, con una gran población de niños, ingeniosos pero carentes de recursos, luchando por establecer unidades pioneras.
- El grupo 4 consta de países, de los cuales Paquistán es un ejemplo, en los que el problema de malos tratos al niño se encuentra en una etapa más temprana de resolución (36). Una ley de protección al niño todavía está esperando la aprobación parlamentaria. Un obstáculo es la fuerte cultura de la privacidad de la familia.

También preguntamos a nuestros coinformantes qué mejoraría, dadas sus limitaciones económicas, la protección al niño en sus países. Sólo tenemos espacio para una selección de sus respuestas y hemos omitido la necesidad evidente de más personal y financiamiento. La primera prioridad fue la educación —«aumentar la conciencia en el público de este tema tan tabú» (Paquistán), educar al pueblo, a los maestros de escuelas, familias de pacientes psiquiátricos e incluso a curanderos indígenas. El segundo fue mejorar la formación profesional, sobre todo de pediatras, equipos de atención primaria, matronas, comadronas y visitantes a domicilio, que a menudo carecen de la formación en salud mental. El tercero fue defender los derechos ante los gobiernos para reconocer a estos niños como un grupo con alto riesgo y tomar acciones.

### **Servicios de salud mental en el niño y el adolescente**

Los servicios de salud mental para los niños y los adolescentes son esenciales para promover la salud mental en los niños vulnerables. Proporcionan tratamiento de todos los trastornos previamente resumidos. Desempeñan un papel en la enseñanza y la formación, la valoración, el enlace con otros organismos, la investigación y la prevención y la elaboración de directrices. En el ejercicio clínico, el trabajo en equipo interdisciplinario es óptimo, con un enfoque en los progenitores, en el niño y en el contexto social y familiar de la vida del niño. Se han creado muchas formas específicas de intervención psicoterapéutica y psicológica y comprenden psicoterapia familiar, psicoterapias de madre y lactante y psicoterapia cognitiva breve apropiada a la edad y la etapa de desarrollo del niño.

En el curso de nuestras indagaciones resultó claro que estos servicios difícilmente existen en muchos países con bajos ingresos. En 2005, la Organización Mundial de la Salud publicó un Atlas de recursos de salud mental para niños y adolescentes, basándose en las respuestas de 66 países. El atlas no brinda detalles de países individuales, pero está claro que la mayor parte de los países con altas tasas de natalidad tienen escasos servicios de atención al niño y al adolescente. Por ejemplo, Uganda (donde cada año nacen 1,5 millones de niños) cuenta con dos

clínicas de pacientes ambulatorios en Kampala y sólo un psiquiatra infantil calificado que trata principalmente problemas como epilepsia y retraso mental. En 37 países la atención es brindada por los pediatras, a menudo sin ninguna formación en salud mental. Incluso en Estados Unidos de Norteamérica hay escasez de psiquiatras infantiles.

Una de las prioridades para la investigación es investigar las mejores intervenciones prácticas para los progenitores con enfermedades mentales y sus niños, los cuales son factibles, financiados y culturalmente aceptables en los países con bajos ingresos. Esto podría incluir el papel de las familias extendidas para apoyar a los niños vulnerables y a sus familias.

El camino por delante es prolongado y difícil. Tal vez debería comenzar con la formación de algunos especialistas que trabajen solos, pero que estén disponibles para la consulta. Pueden asumir la dirección en la educación al público y en la defensa de los pacientes ante los políticos. Pueden construir unidades demostrativas y comenzar programas de capacitación. La capacitación puede dirigirse no sólo a los especialistas futuros, sino también a los profesionales que tienen contacto con los niños —p. ej., enfermeras, personal paramédico y maestros— y otras figuras confiables de la sociedad, que puedan alistarse para ayudar a los niños que lo necesitan.

El abordar las necesidades de los niños de personas con enfermedades mentales graves exige (además de las mejoras en el ejercicio de la psiquiatría del adulto, apoyo de la población a las familias y la colaboración con los organismos de protección al niño) un incremento mundial de los servicios para la salud mental de los niños y los adolescentes.

## Bibliografía

- United Nations. Convention on the rights of the child. New York: United Nations, 1989.
- Viguera AC, Newport DJ, Ritchie J et al. Lithium in breast milk and nursing infants: clinical implications. *Am J Psychiatry* 2007;164:342-5.
- Rice F, Jones I, Thapar A. The impact of gestational stress and prenatal growth on emotional problems in offspring: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:171-83.
- American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with substance use disorders, 2nd ed. *Am J Psychiatry* 2007;164(Suppl.).
- Germain A. The Christopher Tietze International Symposium: an overview. *Int J Gynecol Obstet* 1989;3(Suppl.):1-8.
- Mowbray CT, Oyserman D, Zemencuk JK et al. Motherhood for women with serious mental illness: pregnancy, childbirth and the postpartum period. *Am J Orthopsychiatry* 1995;65:21-38.
- Diaz-Caneja A, Johnson S. The views and experiences of severely ill mothers: a quantitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:472-82.
- Goodman SH, Brumley HE. Schizophrenic and depressed mothers: relational deficits in parenting. *Dev Psychol* 1990;26:31-9.
- Reichart CG, van der Ende J, Hillegers MHJ et al. Perceived parental rearing of bipolar offspring. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:21-8.
- Pound A, Puckering C, Cox A et al. The impact of maternal depression on young children. *Br J Psychother* 1988;4:240-52.
- Stewart RC. Maternal depression and infant growth – a review of recent evidence. *Matern Child Nutr* 2007;3:94-107.
- Condon JT. The spectrum of fetal abuse in pregnant women. *J Nerv Ment Dis* 1986;174:509-16.
- Brockington IF, Aucamp HM, Fraser C. Severe disorders of the mother-infant relationship: definitions and frequency. *Arch Women's Ment Health* 2006;9:243-52.
- Russell GFM, Treasure J, Eisler I. Mothers with anorexia nervosa who underfeed their children: their recognition and management. *Psychol Med* 1998;28:93-108.
- Ounsted C, Oppenheimer R, Lindsay J. Aspects of bonding failure: the psychopathology and psychotherapeutic treatment of families of battered children. *Dev Med Child Neurol* 1974;16:447-56.
- Rothbaum F, Weisz JR. Parental caregiving and child externalizing behaviour in nonclinical samples: a meta-analysis. *Psychol Bull* 1994;116:55-74.
- Larsson H, Viding E, Rijdsdijk FV et al. Relationships between parental negativity and childhood antisocial behaviour over time: a bidirectional effects model in a longitudinal genetically informative design. *J Abnorm Child Psychol* 2008;36:633-45.
- Weich S, Patterson J, Shaw R et al. Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: systematic review of prospective studies. *Br J Psychiatry* 2009;194:392-8.
- Dipple H, Smith S, Andrews H et al. The experience of motherhood in women with severe and enduring mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:336-40.
- Chaffin M, Kelleher K, Hollenberg J. Onset of physical abuse and neglect: psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse Neglect* 1996;20:191-203.
- Bland RC, Orn H. Psychiatric disorders, spouse abuse and child abuse. *Acta Psychiatr Belg* 1986;86:444-9.
- Windham AM, Rosenberg L, Fuddy L et al. Risk of mother-reported child abuse in the first 3 years of life. *Child Abuse Neglect* 2004;28:645-67.
- Dubowitz H, Newton RR, Litrownik AJ et al. Examination of a conceptual model of child neglect. *Child Maltreat* 2005;10:173-89.
- Mullick M, Miller LJ, Jacobsen T. Insight into mental illness and child maltreatment risk among mothers with major psychiatric disorders. *Psychiatr Serv* 2001;52:488-92.
- Dube SR, Anda RF, Felitti VJ et al. Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse Neglect* 2001;25:1627-40.
- Ondersma SJ. Predictors of neglect within low-SES families: the importance of substance abuse. *Am J Orthopsychiatry* 2002;72:383-91.
- Trickett PK, Mennen FE, Kim K et al. Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: issues of definition and identification. *Child Abuse Neglect* 2009;33:27-35.
- Yates TM, Wekerle C. The long-term consequences of childhood emotional maltreatment on development: maladaptation in adolescence and young adulthood. *Child Abuse Neglect* 2009;33:19-21.
- Meadow R. Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1982;57:92-8.
- Brockington IF. Eileithyia's mischief: the organic psychoses of pregnancy, parturition and the puerperium. Bredbury: Eyry Press, 2006.
- Brockington IF. Motherhood and mental health. Oxford: Oxford University Press, 1996.

32. Peadon E, Fremantle E, Bower C et al. International survey of diagnostic services for children with fetal alcohol spectrum disorders. *BMC Ped* 2008;8:12-9.
33. Jones DPH. Child maltreatment. In: Rutter M, Bishop D, Pine D et al (eds). *Rutter's child and adolescent psychiatry*. Oxford: Blackwell, 2008:421-39.
34. Reynolds AJ, Mathieson LC, Topitzes JW. Do early childhood interventions prevent child maltreatment. *Child Maltreatment* 2009;14:182-206.
35. Olds DL, Sadler L, Kitzman H. Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. *J Child Psychol Psychiatry* 2007;48:355-91.
36. Muhammed T. Child protection in Pakistan. *Int J Child Health Hum Dev* (in press).

Well over 1,000 works were consulted in the preparation of this guidance. A list of 200 representative references can be obtained from the first author at [i.f.brockington@bham.ac.uk](mailto:i.f.brockington@bham.ac.uk).

# Personalidad y psicopatología

THOMAS A. WIDIGER

Department of Psychology, University of Kentucky, Lexington, KY, USA

*La personalidad y la psicopatología pueden relacionarse entre sí de tres maneras diferentes: personalidad y psicopatología pueden influir en su presentación o aparición entre sí (relaciones patoplásticas); pueden tener una causa subyacente común (relaciones de la gama); y pueden desempeñar un papel causante en su desarrollo o etiología entre sí. En este artículo se considera cada una de estas posibles formas de interrelación.*

**Palabras clave:** Personalidad, psicopatología, comorbilidad, trastornos concomitantes, gama, patoplástico.

*World Psychiatry* 2011;10:103-106)

La personalidad y la psicopatología pueden relacionarse entre sí de tres maneras diferentes (1). La personalidad y la psicopatología pueden influir en su presentación o la aparición entre sí, a lo que suele designarse como relación patoplástica. Pueden tener una causa fundamental común, a lo que se conoce una relación de la gama. Y, por último, pueden tener un papel causante en su desarrollo o etiología entre sí. Cada una de estas relaciones tiene importantes repercusiones teóricas y clínicas y se abordará cada una de ellas.

## RELACIONES PATOPLÁSTICAS

La influencia de la personalidad y la psicopatología en su presentación, aparición o expresión entre sí suele caracterizarse como una relación patoplástica. Esta relación es bidireccional, ya que la psicopatología puede variar en su aparición, lo que depende de los rasgos de personalidad prepatológicos de una persona, y la presentación de la personalidad también puede ser afectada por la existencia de un trastorno psicopatológico concomitante.

### Efectos patoplásticos de la personalidad sobre la psicopatología

La personalidad es la manera característica en que una persona piensa, siente, se comporta y se relaciona con los demás. Los trastornos mentales son alteraciones clínicamente importantes en uno o más campos del funcionamiento psicológico. Sería sorprendente que la presentación, la evolución o el tratamiento de una disfunción del pensamiento o el afecto no fuesen influidos notablemente por la manera de pensar y sentir característica de una persona a priori. Por ejemplo, la anorexia y la bulimia tienden a aparecer durante la adolescencia (favorecidas tal vez en par-

te por los altos grados de neuroticismo). Las personas con una preocupación por la pérdida de peso que evolucionan para presentar anorexia tienen más posibilidades de caracterizarse en parte por una escrupulosidad, una de las diferencias individuales fundamentales que se incluyen en el modelo de los cinco factores (FFM, por sus siglas en inglés) bien validado de la estructura de la personalidad general (2). Las personas con gran escrupulosidad tienen altos grados de autodisciplina, competencia y esfuerzo por logros, precisamente los atributos que serían necesarios para lograr tanto éxito en la pérdida de peso. En cambio, las personas con una escasa escrupulosidad serían propensas al descontrol impulsivo característico de los excesos alimentarios episódicos y la bulimia. El apoyo empírico para esta hipótesis se deriva de estudios que indican rasgos de personalidad perfeccionistas y compulsivos en personas con anorexia sobre todo el subtipo reprimido, así como rasgos de personalidad impulsiva con síntomas bulímicos (3).

### Efectos patoplásticos de la psicopatología sobre la personalidad

Una de las relaciones más bien documentadas entre la personalidad y la psicopatología es el efecto patoplástico de los trastornos psicopatológicos sobre la aparición, la presentación o la percepción de la personalidad (4,5). Los profesionales clínicos (y en ocasiones los investigadores) por lo regular valoran la personalidad de un paciente durante un procedimiento de captación inicial, y sin embargo, tal vez sea el peor momento para hacerlo (6). Las personas que están muy ansiosas, deprimidas, enojadas o alteradas a menudo no proporcionan una descripción exacta de su forma habitual

de pensar, sentir, comportarse y relacionarse con otros. Una vez que se trata su trastorno afectivo, por ansiedad u otro problema mental, se modificará en forma correspondiente la descripción que hagan de sí mismas.

Considérense, por ejemplo, los hallazgos de estabilidad temporal comunicados en el Estudio Longitudinal en Colaboración de los Trastornos de la Personalidad (CLPS, por sus siglas en inglés) que tanto se han difundido. Veintitrés de 160 personas (14%) que cumplieron los criterios diagnósticos para trastorno límite de la personalidad (TLP) al principio no tenían más de dos criterios diagnósticos apenas seis meses después (7). Dieciocho presentaron esta reducción a partir de los seis meses a un año. Para cinco de los 18 casos, una «remisión del trastorno del Eje 1 se juzgó como la causa más probable de la mejoría súbita del TLP» (7). En ocho casos, «los cambios consistieron en lograr el alivio de diferentes situaciones muy estresantes que estaban presentes en la valoración inicial o antes de la misma» (7). Para uno de los participantes, los síntomas de «trastorno de la personalidad» fueron incluso secundarios al empleo de un estimulante para bajar de peso durante el año previo al inicio del estudio: «la mejoría más espectacular después de una intervención terapéutica ocurrió cuando un individuo suspendió un psicoestimulante que había estado utilizando el año previo al inicio para bajar de peso. La suspensión se acompañó de una reducción espectacular de su depresión, pánico, temores de abandono y autodestructividad» (7). No obstante, los 18 casos se han considerado verdaderos casos de remisión de un trastorno de la personalidad (7). Un punto de vista alternativo es que las valoraciones iniciales del trastorno de la personalidad fuesen



inexactas debido a la existencia de una alteración emocional en el inicio.

No obstante, Costa et al (8) aducen que el cambio de descripción de sí mismo a consecuencia de un trastorno afectivo pueda representar un verdadero cambio de la personalidad. Uno de los rasgos fundamentales de la personalidad es el neuroticismo, que es una disposición a sentir y expresar afectos negativos (3). Las personas con gran neuroticismo responderán al estrés con grados clínicamente importantes de depresión y esta depresión podría entonces comprenderse como una expresión directa del neuroticismo. «En vez de considerar como una distorsión estos cambios causados por la depresión en los grados de rasgo de personalidad valorados, los interpretamos como reflejos exactos de la propia personalidad del individuo» (8).

Por otra parte, en la medida en que uno considere los grados autonotificados de neuroticismo secundarios a un trastorno afectivo como un reflejo del funcionamiento real de la personalidad, resulta difícil investigar la contribución etiológica de estos mismos rasgos de la personalidad al trastorno afectivo. Ya no hay conceptos que se puedan distinguir. Se debiera por lo menor tratar de inferir los rasgos de personalidad prepatológica sobre la base de una valoración cuando la persona está padeciendo un trastorno afectivo (u otro trastorno o estado equivalente).

## RELACIONES DE LA GAMA

La identificación de las relaciones patoplásticas (y etiológicas) de la personalidad y la psicopatología se complica por la posibilidad de que la personalidad y la psicopatología en sí mismas correspondan en algunos casos a entidades diferentes. Pueden en cambio existir en una gama común de funcionamiento. Todos los trastornos de la personalidad pueden de hecho ser variantes inadaptativas de los rasgos de personalidad general y algunos trastornos de la personalidad podrían ser variantes de inicio temprano, crónicas y perennes de otros trastornos mentales. Se describirán por separado estas dos posibilidades.

### Trastornos de la personalidad en una gama de la personalidad

Se dispone de considerables investigaciones relativas a la manera en que los

rasgos de la personalidad general (p. ej., neuroticismo y escasa escrupulosidad) pueden contribuir a las causas de los trastornos por ansiedad, afectivos, toxicománias y otros problemas mentales (1), pero escasa o ninguna investigación con respecto a cómo estos rasgos podrían contribuir a las causas de los trastornos de la personalidad. Esto puede reflejar una aceptación implícita de que la personalidad y los trastornos de la personalidad se ubican a lo largo de una gama común de funcionamiento. De hecho, en la actualidad se cuenta con considerables investigaciones que indican que los trastornos de la personalidad se comprenden fácilmente como variantes inadaptativas o extremas de la estructura de la personalidad del FFM (9,10).

Por ejemplo, el trastorno de personalidad obsesiva compulsiva (TPOC, 11) puede comprenderse como una variante inadaptativa de la escrupulosidad del FFM. La escrupulosidad del FFM comprende rasgos tales como orden (es decir, preocupación del paciente con TPOC por detalles, reglas, listas y orden), esfuerzo por logros (es decir, la devoción excesiva del paciente con TPOC al trabajo y a la productividad), el sentido del deber (es decir, la escrupulosidad y obsesividad del paciente con TPOC por cuestiones de ética y moralidad), competencia (es decir, perfeccionismo del paciente con TPOC) y deliberación (es decir, rumiación obsesiva del paciente con TPOC). El apoyo empírico a esta concepción es considerable (12-14).

La nomenclatura diagnóstica de la quinta edición del DSM de la American Psychiatric Association (APA) posiblemente incluya una clasificación dimensional que servirá de complemento auxiliar a los diagnósticos categóricos tradicionales (15). La propuesta para este modelo en la actualidad consiste en seis dominios: emocionalidad negativa (compaginación con el neuroticismo del FFM), introversión (introversión del FFM), antagonismo (antagonismo del FFM), compulsividad (escrupulosidad del FFM), desinhibición (baja escrupulosidad del FFM) y esquizotipia (escasa apertura del FFM). Sin embargo, los autores de este modelo aducen que la compulsividad no es de hecho una variante inadaptativa de la escrupulosidad y que la esquizotipia no es una variante inadaptativa de la apertura (15). De hecho, no se proponen variantes normales para

las dimensiones de la compulsividad y la esquizotipia, lo que indica que estos rasgos de personalidad inadaptativa son un poco cualitativamente diferentes de la estructura general de la personalidad.

### Trastornos de la personalidad en una gama de otros trastornos mentales

Una relación de la gama también puede existir para los trastornos de la personalidad con otros trastornos mentales. De hecho, una propuesta para el DSM-5 ha sido abandonar la clasificación de todo el trastorno de la personalidad, incluidos los trastornos de la personalidad dentro de otros diagnósticos de trastornos mentales (16). El trastorno de la personalidad esquizotípica ya está clasificado como una variante de la esquizofrenia más que como un trastorno de la personalidad en la ICD-10 (17). El apoyo para esta clasificación alternativa es que el trastorno de personalidad esquizotípica genéticamente está relacionado con la esquizofrenia, muchos de sus factores de riesgo neurobiológicos y correlaciones psicopatológicas ocurren también en la esquizofrenia (p. ej., el seguimiento con la vista, la orientación, el parpadeo de sobresalto y las anomalías del desarrollo neurológico) y los tratamientos que son eficaces para mitigar los síntomas esquizotípicos se superponen a los tratamientos que se emplean en las personas con esquizofrenia (8).

Así mismo, se puede convertir el trastorno por personalidad evasiva en fobia social generalizada, o el TPOC en una variante de trastorno obsesivo-compulsivo de inicio temprano, perenne y crónica, el trastorno por personalidad evasiva, fobia social generalizada, o el CPD en una variante de trastorno obsesivo-compulsivo de inicio temprano, perenne y crónica, el trastorno antisocial en una variante de trastorno por alteración de la conducta del adulto y el trastorno límite de la personalidad en un trastorno por pérdida de la regulación afectiva (1). Los trastornos narcisista, histriónico y de personalidad dependiente no están bien integrados en algún trastorno mental existente, pero podría no ser coincidencia que estos diagnósticos se critiquen para que se eliminen en el DSM-5 (14).

Una inquietud con la reformulación de los trastornos de la personalidad como trastornos del Eje 1 de inicio temprano y crónicos, más allá de la consideración fundamental de que el manual diagnós-

tico ya no reconocería la existencia de funcionamiento inadaptativo de la personalidad, es que podría crear más problemas que los que resuelve. Las personas tienen gamas de rasgos de personalidad inadaptativa que no se describen bien con uno o incluso con múltiples diagnósticos de trastorno de la personalidad (19). Estas constelaciones de rasgos de personalidad inadaptativa se describirían menos bien incluso por una serie de diagnósticos por ansiedad, afectivos, de alteración de la conducta y de esquizofrenia. Además, simplemente por el hecho de que un trastorno de la personalidad (o rasgo) comparta algún fundamento genético con otro trastorno mental no indica entonces que sea una forma de este trastorno. Por ejemplo, es incompatible con la clasificación del trastorno de personalidad esquizotípica como una forma de esquizofrenia en la clasificación de la ICD-10 el que este trastorno se presente simultáneamente con otros trastornos de la personalidad con mucha más frecuencia que con los trastornos psicóticos. Así mismo, las personas con trastorno de la personalidad esquizotípica casi nunca evolucionan para presentar esquizofrenia y las manifestaciones esquizotípicas se observan en un gran número de personas que parecen no tener una interrelación genética con la esquizofrenia y no se describirían bien siquiera como esquizofrénicas (18).

## RELACIONES ETIOLÓGICAS (CAUSALES)

La relación etiológica entre personalidad y psicopatología tiene primordial interés para muchos investigadores en el campo de la personalidad, el trastorno de la personalidad y la psicopatología. De nuevo, esta relación es causal ya que la manera característica de pensar, sentir, actuar y relacionarse con otras personas de un individuo en ocasiones puede dar por resultado o contribuir a la presentación de un trastorno mental, así como un trastorno mental grave o crónico por sí solo puede contribuir a cambios fundamentales de la personalidad.

### Efectos causales de los trastornos psicopatológicos sobre la personalidad

Los trastornos psicopatológicos pueden alterar fundamentalmente la personalidad, para bien o para mal. Por ejem-

plo, es concebible que la experiencia de haber sufrido un trastorno mental grave, como una psicosis o una depresión mayor, pueda tener un efecto duradero sobre la manera característica de una persona de pensar, sentir y relacionarse con otras. Esta alteración del funcionamiento de la personalidad, a menudo referida como una «cicatriz» de un trastorno mental, no necesita representarse simplemente como una manifestación subumbral persistente de la psicopatología (p. ej., una fase residual de la esquizofrenia que parezca ser rasgos de la personalidad esquizotípica), sino que incluso puede representar la aparición de nuevos rasgos de la personalidad a consecuencia de la presentación o padecimiento del trastorno psicopatológico (p. ej., los rasgos de personalidad dependiente como resultado de una experiencia de ataques de pánico recidivantes o de episodios de psicosis).

La ICD-10 incluye un diagnóstico para el cambio de la personalidad secundario a un trastorno mental, así como secundario a una experiencia catastrófica (17). No obstante, la nomenclatura de la APA no proporciona ningún reconocimiento de ninguna de estas posibilidades (11). Un ejemplo del último trastorno sería un «trastorno por estrés postraumático complejo» (TEPT complejo), una reacción al estrés interpersonal intenso (a menudo sostenido) (p. ej., abuso, golpes o torturas) que comprende «una alteración de la modulación del afecto; conducta autodestructiva e impulsiva; síntomas disociativos; el sentirse permanentemente dañado; una pérdida de creencias previamente sostenidas; hostilidad; aislamiento social; sentir una amenaza constante, alteración de las relaciones con otros; o un cambio de las características de personalidad previas del individuo (11). El TEPT complejo se podría conceptuar como un trastorno límite de la personalidad de inicio en la edad adulta. Sin embargo, la mayoría de quienes recomiendan que se incluya este diagnóstico en una edición futura del Manual Diagnóstico prefieren que se clasifique como un trastorno por ansiedad más que un trastorno por cambio de la personalidad (20).

### Efectos causantes de la personalidad sobre los trastornos psicopatológicos

Gran parte de la amplia literatura médica sobre la relación existente entre per-

sonalidad o trastorno de la personalidad y la psicopatología se ocupa de la contribución de la personalidad al inicio o la causa del trastorno mental. Los rasgos de personalidad prepatológicos confieren una gran vulnerabilidad (o resistencia) al estrés, lo que ayuda a explicar por qué algunas personas se desmoronan ante las tensiones de la vida en tanto que otros se mantienen indemnes ante circunstancias muy traumáticas.

El neuroticismo es un factor pronóstico muy sólido de trastornos psicopatológicos futuros en respuesta a las tensiones cotidianas (21,22), lo que comprende trastornos afectivos, de la conducta alimentaria, por toxicomanía, por ansiedad y otras formas de trastornos psicopatológicos (23). El neuroticismo puede contribuir tanto a la diátesis como al estrés y proporcionar una vulnerabilidad a través de interacciones persona-ambiente reactivas y evocativas. Las personas con gran neuroticismo reaccionan a los sucesos con altos grados de angustia, ansiedad y preocupación, lo que constituye un riesgo explícito para diversas formas de trastornos psicopatológicos; sobre todo trastornos afectivos y por ansiedad (que tal vez también pueden entonces comprenderse como una gama más que como una relación causal). La interacción evocativa ocurre cuando las expresiones frecuentes de perturbación, preocupación y vulnerabilidad producen reacciones negativas de otros o contribuyen a una toma de decisiones deficiente, reforzando de esta manera e incrementando la tensión original (es decir, la personalidad como causa de estrés). La contribución del neuroticismo a la aparición de problemas de salud física, dificultades económicas y disolución de relaciones y otros desenlaces vitales negativos (21) producirá un grado considerable de estrés, el cual las personas que tienen gran neuroticismo tendrían una dificultad emocional inherente para superarlo.

Se ha demostrado también que los rasgos de personalidad dependiente también desempeñan un papel importante en la causa de la depresión. Múltiples estudios prospectivos y longitudinales han confirmado que las cogniciones y conductas dependientes dan por resultado más sentimientos de depresión en reacción a la pérdida interpersonal o al rechazo (24). Esta relación de nuevo puede ser tanto reactiva como evocativa. Las personas dependientes reaccionarán

a la pérdida interpersonal y al rechazo con sentimientos intensos de desesperación, desesperanza y tristeza. Los rasgos dependientes de necesidad, apego, preocupación con temores de pérdida y la búsqueda excesiva de aprobación también pueden evocar una desconexión y un rechazo por los demás (25). Sin embargo, pese a la importancia de los rasgos dependientes para la aparición de los trastornos psicopatológicos, el trastorno por personalidad dependiente está sentenciado a eliminarse en el DSM-5 (26).

## CONCLUSIONES

Una observación básica de la investigación sobre la relación de la personalidad y la psicopatología es su vitalidad. Todos los aspectos de las diversas relaciones entre la personalidad y la psicopatología (patoplásticos, de la gama y causales) son el centro de la atención de una serie de programas de investigación muy productivos, refinados y documentados. Sin embargo, representa una tarea formidable desentrañar las formas de relación que existen entre ellos. No obstante, sólo desentrañando estos aspectos complejos se lograrán los avances en la comprensión de la relación entre la personalidad y la psicopatología.

## Bibliografía

- Widiger TA, Smith GT. Personality and psychopathology. In: John OP, Robins R, Pervin LA (eds). *Handbook of personality: theory and research*, 3rd ed. New York: Guilford, 2008:743-69.
- McCrae RR, Costa PT. Personality in adulthood. A five factor theory perspective, 2nd ed. New York: Guilford, 2003.
- Cassin SE, von Ranson KM. Personality and eating disorders: a decade in review. *Clin Psychol Rev* 2005;25:895-916.
- Farmer RF. Issues in the assessment and conceptualization of personality disorders. *Clin Psychol Rev* 2000;20:823-51.
- Widiger TA, Samuel DB. Evidence based assessment of personality disorders. *Psychol Assessment* 2005;17:278-87.
- Widiger TA, Boyd S. Personality disorder assessment instruments. In: Butcher JN (ed). *Oxford handbook of personality assessment*. New York: Oxford University Press, 2009:336-63.
- Gunderson JG, Bender D, Sanislow C et al. Plausibility and possible determinants of sudden "remissions" in borderline patients. *Psychiatry* 2003;66:111-9.
- Costa PT, Bagby RM, Herbst JF et al. Personality self-reports are concurrently reliable and valid during acute depressive episodes. *J Affect Disord* 2005;89:45-55.
- Samuel DB, Widiger TA. A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: a facet level analysis. *Clin Psychol Rev* 2008;28:1326-42.
- Widiger TA, Trull TJ. Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. *Am Psychol* 2007;62:71-83.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
- O'Connor BP. A search for consensus on the dimensional structure of personality disorders. *J Clin Psychol* 2005;61:323-45.
- Samuel DB, Widiger TA. Conscientiousness and obsessive-compulsive personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* (in press).
- Widiger TA. A shaky future for personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* (in press).
- Krueger RF, Clark LA, Watson D et al. Deriving an empirical structure of personality pathology for DSM-5. *J Pers Disord* (in press).
- First MB, Bell CB, Cuthbert B et al. Personality disorders and relational disorders: a research agenda for addressing crucial gaps in DSM. In: Kupfer DJ, First MB, Regier DA (eds). *A research agenda for DSM V*. Washington: American Psychiatric Association, 2002:123-99.
- World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization, 1992.
- Raine A. Schizotypal personality: neurodevelopmental and psychosocial trajectories. *Annu Rev Clin Psychol* 2006;2:291-326.
- Trull TJ, Durrett CA. Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annu Rev Clin Psychol* 2005;1:355-80.
- McLean LM, Gallop R. Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2003;160:369-71.
- Lahey BB. Public health significance of neuroticism. *Am Psychol* 2009;64:241-56.
- Widiger TA. Neuroticism. In: Leary MR, Hoyle RH (eds). *Handbook of individual differences in social behavior*. New York: Guilford, 2009: 129-46.
- Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS. The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: a meta-analysis. *J Psychopathol Behav* 2005; 27:101-14.
- Hammen C. Stress and depression. *Annu Rev Clin Psychol* 2005;1:293-319.
- Bornstein RF. *The dependent patient: a practitioner's guide*. Washington: American Psychological Association, 2005.
- Skodol AE, Bender DS, Morey LC et al. Personality disorder types proposed for DSM-5. *J Pers Disord* (in press).

# Más reflexiones sobre la interrelación de la personalidad y la psicopatología

**THEODORE MILLON**

*Institute for Advanced Studies in Personology and Psychopathology, Port Jervis, NY, USA*

En su forma incisiva y erudita habitual, T. Widiger ha bosquejado la manera en que se interrelacionan conceptualmente la personalidad y la psicopatología. Deseo señalar dos aspectos en este breve comentario. En primer lugar, otros han abordado esta cuestión importante planteando una serie de hipótesis alternativas de personalidad/psicopatología. Destacaré brevemente algunas de éstas a fin de que el lector vea de qué manera otros académicos e investigadores abordan el tema. En segundo lugar, y en respuesta a la «orientación factorial» de Widiger, abordaré una serie de inquietudes en torno al empleo de las estadísticas para sentar las bases de la clasificación de la personalidad y la psicopatología.

Aquí se señalan ocho hipótesis alternativas con respecto a la relación existente entre la personalidad y la psicopatología (1):

- A. *Hipótesis de la predisposición caracterológica.* El enfoque más difundido tanto en teoría como en investigación, la hipótesis de la predisposición, señala que los trastornos caracterológicos de la personalidad son primarios y la psicopatología es una derivación secundaria.
- B. *Hipótesis de la complicación.* En contraste con la hipótesis de la predisposición caracterológica, la hipótesis de la complicación postula que es el padecimiento del trastorno psicopatológico lo que influye en la personalidad y no de la manera opuesta.
- C. *Hipótesis de la atenuación.* También conocida como el enfoque en la anomalía (2), esta hipótesis presupone que los trastornos de la personalidad son una expresión atenuada o alternativa del proceso patológico subyacente al trastorno psicopatológico.
- D. *Hipótesis del efecto concomitante.* Esta hipótesis señala que la psicopatología y la personalidad ocurren en forma conjunta como resultado de una tercera variable común (p. ej., la infancia traumática), aun cuando no compartan un origen psicobiológico

común. En este sentido, ni el trastorno de la personalidad ni el trastorno psicopatológico se originan entre sí.

- E. *Hipótesis de la modificación.* Esta hipótesis hace a un lado las consideraciones etiológicas y patógenas y propone simplemente que las características de la personalidad influirán bastante no sólo en la forma en la cual se presenta clínicamente el trastorno psicopatológico, sino también en la respuesta al tratamiento y el pronóstico del episodio psicopatológico.
- F. *La hipótesis ortogónica.* Esta hipótesis indica que si bien los trastornos de la personalidad y la psicopatología son entidades fundamentalmente independientes, a menudo se presentan al mismo tiempo pues ambos, en efecto, son trastornos frecuentes.
- G. *Hipótesis de los síntomas superpuestos.* Según esta hipótesis, la presentación concomitante de los trastornos de la personalidad y los trastornos psicopatológicos que se observa en gran parte es artificial por cuanto se debe a series de criterios superpuestos que se utilizan para diagnosticar cada uno de los trastornos.
- H. *Hipótesis de la heterogeneidad.* Esta hipótesis final postula que varias fuentes diferentes contribuyen a los signos y síntomas de la psicopatología y los trastornos de la personalidad. Las diversas configuraciones de factores genéticos/inespecíficos junto con variables ambientales, pueden combinarse para producir vulnerabilidades diferentes. Surge una población heterogénea de estas diversas complicaciones, la que comprende un subgrupo de individuos que muestran síntomas psicopatológicos y trastorno de la personalidad.

Las inquietudes en torno a la preferencia de Widiger por utilizar la técnica matemática del análisis factorial se han expresado por años en múltiples ámbitos: empírico, filosófico y psiquiátrico (3,4).

Desde que el eminente físico P. Dirac estableció un dispositivo matemático que descubrió la existencia de una partícula de «antimundo» previamente no observada, ha sido un tema recurrente en las ciencias físicas que propician el poder de las matemáticas para revelar «rea-

lidades» previamente no imaginadas. Lamentablemente, con la excepción de algunos fenómenos recónditos (p. ej., la reducción de la radiación por el agujero negro postulada por Hawking), la fuerza de las matemáticas como descifradora de realidades no observadas en las ciencias biológicas ha sido juzgada como simplista, irrelevante o inválida (5).

El estado de los procedimientos de construcción estadística en psiquiatría se ha resumido de la manera siguiente: «los profesionales clínicos en el mejor de los casos han brindado una recepción tibia a tales clasificaciones. Se han mostrado escépticos con respecto a la utilidad de los métodos de agrupamiento para identificar subgrupos que ocurren «naturalmente». Así mismo, las clasificaciones generadas por estos métodos no han parecido ser muy significativas o relevantes al ejercicio clínico cotidiano» (3).

El comentario de Kendell (7) hace unos tres decenios es, bastante tristemente, no menos pertinente hoy que lo que fue entonces: «Al mirar en retrospectiva los diversos estudios publicados en los últimos 20 años resulta claro que muchos investigadores, profesionales clínicos y estadistas han tenido una actitud ingenua, casi baconiana, hacia las técnicas estadísticas que están empleando, incorporando todo los datos a su disposición con la suposición de que el ordenador seleccionará lo relevante de lo irrelevante y expondrá los principios subyacentes y las regularidades».

Entre los datos notables encontrados en las investigaciones biológicas recientes está la impresionante complejidad de los procedimientos estadísticos normales, que se esperaba produjesen datos que condujesen a la coherencia del concepto. Por consiguiente, en tiempos recientes se ha informado (8-10) de los análisis estadísticos de nuestras principales enfermedades frecuentes de base genética han resultado mucho más complejos de lo que habitualmente se esperaba. En enfermedades como diabetes, cáncer y esquizofrenia, las pocas fuentes que se detectaron con el análisis estadístico resultaron explicar sorprendentemente poco con respecto a sus orígenes genéticos. Resulta que estos síndromes clínicos frecuentes se asocian a diversas y diferentes series de variantes genéti-



cas en cada persona. Los matemáticos han llegado a la conclusión de que redes genéticas complejas poseen múltiples circuitos de retroalimentación complejos. Algunos gravitan hacia un equilibrio estable y permanecen allí. Otros se albergan en un ciclo repetitivo que luego sigue un patrón circular interminable. Ajustada sólo un poco, la estructura genética a menudo se cruza hacia la conducta caótica, serpenteando a través de secuencias interactivas que son imprevisibles e incoherentes.

Hempel (5), el filósofo de la ciencia, ha declarado que las ciencias maduras avanzan inicialmente a partir de categorías de base estadística a otras caracterizadas por conceptos abstractos y relaciones teóricas. La característica que distingue una clasificación científica es su éxito en agrupar sus elementos según las proposiciones explicativas teóricamente consonantes. Estas proposiciones se forman cuando se ha demostrado o se

ha postulado que determinados atributos están lógicamente o causalmente relacionados con otros atributos (p. ej., la relación de la personalidad y la psicopatología). Los grupos taxonómicos que subyacen a una nosología científica no son agrupamientos derivados estadísticamente de atributos demasiado similares (p. ej., categorías factoriales), sino un patrón vinculado o unificado de relaciones conocidas o supuestas entre ellos. Un patrón teóricamente fundamentado de relaciones, como las que se basan en principios evolutivos, por ejemplo, proporciona las bases para una verdadera taxonomía científica.

### Bibliografía

1. Millon T. Disorders of personality: introducing a DSM/ICD spectrum from normal to abnormal. Hoboken: Wiley, 2011.
2. Hirschfeld RMA, Cross CK. The measurement of personality in depression. In: Marsella AJ, Hirschfeld RMA, Katz MM

(eds). The measurement of depression. New York: Guilford, 1987.

3. Lykken DT. Multiple factor analysis and personality research. *J Exp Res Pers* 1971;5:161-70.
4. Block J. A contrarian view of the five-factor approach to personality descriptions. *Psychol Bull* 1995;117:187-215.
5. Hempel CG. Aspects of scientific explanation. New York: Free Press, 1965.
6. Skinner HA, Blashfield RK. Increasing the impact of cluster analysis research: the case of psychiatric classification. *J Consult Clin Psychol* 1982;50:727-35.
7. Kendell RE. The role of diagnosis in psychiatry. Oxford: Blackwell, 1975.
8. Goldstein DB. Common genetic variation and human traits. *N Engl J Med* 2009;360:1696.
9. Hirschhorn JN. Genomewide association studies – Illuminating biologic pathways. *N Engl J Med* 2009;360:1699.
10. Kraft P, Hunter DJ. Genetic risk prediction – Are we there yet? *N Engl J Med* 2009;360:1701-3.

## La diátesis de la personalidad explica las interrelaciones entre el trastorno de la personalidad y otros trastornos mentales

**PETER TYRER**

*Centre for Mental Health, Imperial College, London, W6 8RP, UK*

T. Widiger resume correctamente la relación a menudo compleja entre los trastornos de la personalidad y otras formas de psicopatología. Lo que ahora se necesita es una hipótesis integradora que explique el conocimiento existente y pronostique las relaciones futuras y evoluciones. Lo que propongo aquí, como lo he hecho con anterioridad, es que el concepto de la diátesis de la personalidad sea tal hipótesis integradora (1). Este es un concepto útil que combina tanto la patología latente como la manifiesta. Los trastornos que mejor se describen como diátesis son «estados de predisposición o enfermedad mental o física heredados o adquiridos y crónicos». Para que se describa un trastorno como una diátesis es preciso que comience en una etapa temprana de la vida, tenga variación en su expresión en diferentes ámbitos y en diferentes momentos, una mayor interrelación con otro trastorno, a menudo más grave, y su afectación como un componente intrínseco de funcionamiento. El origen de la diátesis de la personalidad puede ser genético o ambiental y sujeto a interacciones

a menudo complejas entre estos factores (2), pero una vez que se desarrolla sigue siendo una característica persistente que se puede identificar. Puesto que representa una vulnerabilidad, tendrá una influencia patoplástica sobre la presentación de otros trastornos mentales como la depresión (3); mostrará variaciones con el tiempo, como en el bien documentado Estudio Longitudinal en Colaboración de los Trastornos de la Personalidad, pero también muestra persistencia de su componente central, la disfunción social interpersonal (4). También puede haber una gama de trastornos dentro de una diátesis —las diátesis hemorrágicas son un buen ejemplo— pero puede argüirse con respecto a dónde se encuentra el trastorno de la personalidad en la gama. El modelo de la diátesis indica que debiera estar más abajo que otros trastornos pero constituye vulnerabilidad a ellos.

Lo que no está claro es si hay más de una diátesis. Hay sin duda varios dominios distintivos de la personalidad normal y Widiger y otros han argüido sólidamente para que el modelo de cinco factores sea el sustrato integral de los trastornos de la personalidad del DSM-5 (5), pero existen diferencias entre la expresión del rasgo normal y los trastornos de la personalidad más graves (6) que no son meramente de

grado. En concreto, hay una comorbilidad considerable entre las categorías de los trastornos de la personalidad a niveles mayores de gravedad y los trastornos del estado mental (6,7) y durante un periodo prolongado también puede variar la expresión de la patología de la personalidad (8). De qué manera estas alteraciones se vinculan entre sí es una cuestión que precisa más investigación.

De esta hipótesis se derivan varias conclusiones. En primer lugar, el trastorno de la personalidad que se presenta en una edad más avanzada no es parte de la diátesis. Aun cuando las manifestaciones puedan ser las mismas que las de un trastorno conocido (9), el hecho que se originen en una etapa tardía las convierte en parte de un diagnóstico diferente de «cambio de personalidad» según lo describe Widiger. Este es un diagnóstico importante pero mal estudiado en la ICD-10 y un análisis más detallado ayudará a comprender los trastornos de la personalidad central. En segundo lugar, el infradiagnóstico de trastorno de la personalidad en el ejercicio clínico, pese a su gran prevalencia en la población (10), es comprensible si se considera que estos trastornos son una parte intrínseca de la persona más que un trastorno diferente

o enfermedad. Esto también explica por qué los métodos que modifican el ambiente más que la persona (11) pueden ser valiosos; no alteran la diátesis pero permiten una mucha mejor calidad de vida. En tercer lugar, la hipótesis lleva a la expectativa, una palabra especialmente seleccionada porque significa más que esperanza, de que uno o más aspectos de la diátesis de la personalidad se pueden medir como endofenotipos de trastorno, el componente heredable del trastorno que se presenta en todo momento (12) y que puede hacer las veces de un biomarcador clínico o biológico.

### Reconocimiento

El autor es el presidente del grupo que intervino en la actualización de la clasificación del trastorno de la personalidad para la Organización Mundial de la Salud (ICD-11), pero los comentarios en este artículo no se deben considerar como representativos del grupo o de las políticas de ese organismo.

### Bibliografía

1. Tyrer P. Personality diatheses: a superior description than disorder. *Psychol Med* 2007;37:1521-5.
2. Kendler KS, Gardner CO. Interpretation of interactions: guide for the perplexed. *Br J Psychiatry* 2010;197:170-1.
3. Gorwood P, Rouillon F, Even C et al. Treatment response in major depression: effects of personality dysfunction and prior depression. *Br J Psychiatry* 2010;196:139-42.
4. Seivewright H, Tyrer P, Johnson T. Persistent social dysfunction in anxious and depressed patients with personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109: 104-9.
5. Widiger TA, Mullins-Sweatt SN. Five-factor model of personality disorder: a proposal for DSM-V. *Ann Rev Clin Psychol* 2009;5:197-220.
6. Tyrer P, Mulder R, Crawford M et al. Personality disorder: a new global perspective. *World Psychiatry* 2010;9:56-60.
7. Yang M, Coid J, Tyrer P. A national survey of personality pathology recorded by severity. *Br J Psychiatry* 2010;197:193-9.
8. Seivewright H, Tyrer P, Johnson T. Changes in personality status in neurotic disorder. *Lancet* 2002;359:2253-4.
9. Casher M, Gih D. Emergence of borderline personality disorder features in the sixth decade of life. *Personal Ment Health* 2009;3:68-73.
10. Huang Y, Kotov R, de Girolamo G et al. DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2009;195:46-53.

11. Tyrer P, Sensky T, Mitchard S. The principles of nidotherapy in the treatment of persistent mental and personality disorders. *Psychother Psychosom* 2003;72:350-6.

12. Gould TD, Gottesman II. Psychiatric endophenotypes and the development of valid animal models. *Genes Brain Behav* 2006;5:113-9.

## Personalidad y psicopatología: los peligros del cierre prematuro

PAUL S. LINKS

*Department of Psychiatry, University of Toronto, ON, Canada*

T. Widiger explica claramente las diversas relaciones entre la personalidad y la psicopatología y señala que influyen en su aparición entre sí, la relación patoplástica; que comparten una causa común, relación de la gama; o que desempeñan un papel etiológico en su aparición entre sí, la relación etiológica. Aunque aclara muchos estos aspectos, rápidamente reconoce que desentrañar estas relaciones entre la personalidad y la psicopatología es una «tarea formidable». Mi comentario se enfocará principalmente en el abordaje del Grupo de Trabajo de la Personalidad y los Trastornos de la Personalidad del DSM-5 (véase [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)) para resolver la cuestión de la comorbilidad entre los trastornos de la personalidad (TP) y los trastornos clínicos (psicopatología o trastornos del Eje I). Señalaría que su resolución para comprender la relación es como nadar en aguas desconocidas; sin alguna medición de la profundidad, el buceo puede representar un gran peligro.

En 1980, el DSM-III introdujo por primera vez un sistema multiaxial que ubicaba a los trastornos de la personalidad en un eje diferente de los trastornos clínicos. Aunque esta clasificación no distingue definitivamente entre los dos, llamó más la atención hacia los trastornos de la personalidad tanto desde el punto de vista clínico como de la investigación. Desde entonces, cada vez más bibliografía ha documentado la comorbilidad considerable entre los dos tipos de trastornos. El empleo del término comorbilidad ha sido incongruente y puede ser engañoso si no se define en forma explícita. Feinstein (1) definió por primera vez este término como «cualquier entidad clínica adicional distintiva que ha existido o que puede ocurrir durante la evolución clínica de un paciente que tiene la enfermedad índice bajo estudio». En esta definición, los trastornos se conceptúan como

diferentes. Pueden presentarse en forma simultánea, pero no necesariamente se correlacionan. Esta es una diferenciación importante, porque la correlación conlleva una relación causal o de riesgo. Modelos más contemporáneos, como los propuestos por Krueger y Markon (2) señalan un modelo de comorbilidad multifactorial para comprender la relación entre las susceptibilidades y los trastornos manifiestos. James y Taylor (3) se enfocaron en el estudio de la estructura de la comorbilidad con respecto al trastorno límite de la personalidad (TLP) y los trastornos clínicos. Confirmaron que el TLP se relacionaba con susceptibilidades de interiorización y exteriorización. Sin embargo, estas interrelaciones diferían según género, ya que la exteriorización se asociaba de manera más potente al TLP en los hombres que en las mujeres. James y Taylor demostraron la complejidad de las relaciones entre la personalidad y la psicopatología y la necesidad de valorar de qué manera otros TLP se ajustan al marco de referencia de interiorización y exteriorización al igual que con otras susceptibilidades. Los cambios a nuestra actual clasificación según los proponen el Grupo de Trabajo de la Personalidad y los Trastornos de la Personalidad del DSM-5 al parecer se deben al deseo de reducir la presentación de trastornos concomitantes. La solución propuesta parece tomar en cuenta la presentación concomitante observada como resultado de artefacto diagnóstico o como nociva a nuestra comprensión de la comorbilidad. El desprendimiento propuesto de cinco diagnósticos de trastorno de la personalidad del DSM-IV al DSM-5 es congruente con este razonamiento y varios expertos han apoyado esta parte de la propuesta (4). Sin embargo, la inquietud para eliminar las relaciones falsas entre los trastornos clínicos y los trastornos de la personalidad ha vencido otras consideraciones, incluidos los propósitos de la utilidad clínica. Estudios recientes de la comorbilidad, que comprenden estudios de cohortes prospectivas bien definidas, han mejorado nuestra comprensión de la

utilidad clínica para establecer diagnósticos comórbidos. Por ejemplo, la evolución del TLP es afectada notablemente por la presentación o falta de presentación de trastornos comórbidos por toxicomanía. La falta de trastornos por toxicomanía o la remisión de un trastorno concomitante por toxicomanía al parecer pronostican una remisión más rápida del TLP (5). Aunque muchos trastornos del Eje I se presentan en forma simultánea al TLP, los trastornos afectivos y por ansiedad son los que al parecer están más interrelacionados. Específicamente, las remisiones del TLP pronostican la remisión del trastorno depresivo mayor (TDM) concomitante y disminuyen el riesgo de futuros episodios de TDM en pacientes con TLP; por consiguiente, se deben poner en práctica intervenciones terapéuticas para las alteraciones psicopatológicas del TLP que aborden el TDM concomitante (6). Basándose en análisis más exhaustivos, la respuesta al tratamiento de pacientes con TDM y TLP concomitantes es el doble de insatisfactoria que en los pacientes con sólo TDM (7).

Una vez más, la utilidad clínica del concepto de la comorbilidad se ha apoyado e intensificado por la investigación realizada en los últimos decenios. La utilidad clínica de estudiar la comorbilidad entre los trastornos clínicos y los trastornos de la personalidad no se ha priorizado adecuadamente al decidir los cambios a nuestro sistema de clasificación. Desde una perspectiva de utilidad clínica, el concepto de comorbilidad frente a trastornos puros puede ser análogo al estudio de los tumores malignos frente a los benignos. Se define una

neoplasia maligna por su falta de límites y sus repercusiones en todo el sistema. Estos conceptos, malignidad frente a benignidad, todavía no se comprenden del todo, pero tienen una gran utilidad clínica. Así mismo, la comorbilidad de trastornos psiquiátricos no debiera ser oculta por nuestro enfoque de clasificación, sino debiera ser el frente y el centro de nuestro enfoque para comprender a los individuos destinados a una evolución más insatisfactoria, una respuesta deficiente al tratamiento y altas tasas de mortalidad. Los cambios radicales propuestos por el Grupo de Trabajo sobre la Personalidad y los Trastornos de la Personalidad del DSM-5 han sido objeto de críticas debido a que implican que en la actualidad comprendemos adecuadamente la comorbilidad para generar un sistema de clasificación válido. Su enfoque radical también se ha criticado por alejarse de los diagnósticos actuales y toda la investigación empírica reciente basada en estos diagnósticos que se ha acumulado durante los últimos tres decenios. Por último, a diferencia de la claridad proporcionada por el artículo de Widiger, la propuesta del Grupo de Trabajo sobre la Personalidad y los Trastornos de la Personalidad del DSM-5 es muy compleja e incluye por lo menos cuatro pasos diagnósticos diferentes. La complejidad de esta propuesta podría dificultar la utilidad clínica y convertirse en un obstáculo importante para que los profesionales clínicos que tratan de diagnosticar los trastornos de la personalidad.

Nuestro campo está pasando por un periodo de cambio importante y debemos asegurarnos de pasar por estas transiciones

con cautela. El cierre prematuro de aspectos como los diagnósticos comórbidos antes que comprendamos la profundidad de las aguas podría ser potencialmente nocivo para nuestros pacientes o enmudecer nuestra voz ante las autoridades sanitarias.

## Bibliografía

1. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chronic Dis* 1970;23:455-68.
2. Krueger RF, Markon KE. Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Ann Rev Clin Psychol* 2006;2:111-33.
3. James ML, Taylor J. Revisiting the structure of mental disorders: borderline personality disorder and internalizing/externalizing spectra. *Br J Clin Psychol* 2008;47:361-80.
4. Livesley J. The current state of personality disorder classification: introduction to the special feature. *J Pers Disord* (in press).
5. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al. Comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry* 2004;161:2108-14.
6. Gunderson J, Stout R, Sanislow C et al. New episodes and new onsets of major depression in borderline and other personality disorders. *J Affect Disord* 2008;111:40-5.
7. Newton-Howes G, Johnson T, Tyrer P. Personality disorder and the outcome of depression: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2006;188:13-20.

# Explorando las interrelaciones de la personalidad y el trastorno de la personalidad y sus repercusiones para el DSM-5

**JOSHUA D. MILLER**

*University of Georgia, Athens, GA, USA*

En el análisis reflexivo que hace Widiger de la manera en que se interrelacionan la personalidad y la psicopatología, aborda brevemente las relaciones entre la personalidad y los trastornos de la personalidad (TP). Este tema se amplía aquí pues es un aspecto importante y oportuno, sobre todo por lo que respecta a la próxima publicación del DSM-5, el sistema taxonómico diagnóstico de gran influencia internacional en psiquiatría y psicología. Como lo hace notar Widiger, hay pruebas convin-

centes que indican que los TP pueden concebirse como «variantes de inadaptación o extremas de la estructura de la personalidad del FFM (modelo de cinco factores)». Hay una serie de diferentes orientaciones de investigación y estudios que respaldan esta conceptualización, a saber: a) investigadores y profesionales clínicos de manera fácil y fiable pueden valorar los TP utilizando los 30 rasgos del FFM (1-2); b) las puntuaciones de los individuos en relación con estos rasgos se pueden calificar para valorar los TP de una manera válida (3-4); c) la estructura de factores de los TP se puede interpretar fácilmente utilizando un marco de referencia de cinco factores (5);

y d) estos rasgos generales se pueden utilizar para comprender el patrón de comorbilidad observado entre los trastornos de la personalidad (1). Una ventaja adicional del empleo de tal modelo de la personalidad en la conceptualización y el diagnóstico de los TP es que esta estructura es «sólida en todas las regiones importantes del mundo» (6).

Otros han argüido que los trastornos de la personalidad descritos en el DSM-IV son «híbridos de rasgos más estables y conductas sintomáticas menos estables» (7). Estos autores señalan que estos rasgos más estables pueden ser «los principales factores idóneos para retener» en el DSM-5, puesto que se pone énfasis en la «estabilidad y la



resistencia al cambio» en los criterios del DSM-IV en torno a los trastornos de la personalidad (8). Otro motivo para que los investigadores y los profesionales clínicos se enfoquen en estos rasgos estables son los datos indicativos de que los cambios de estos rasgos subyacentes dan por resultado modificaciones de los síntomas de TP, mientras que lo opuesto no es aplicable (9). Warner et al (9) afirmaron que «estos resultados coinciden con la creencia clínica de que el cambio duradero de la personalidad puede exigir más que el dirigirse a conductas o síntomas específicos».

En última instancia, es congruente desde un punto de vista clínico y empírico enfocarse en estos rasgos estables en la concepción y la valoración de los TP. Al parecer el DSM-5 incorporará un modelo de rasgo dimensional que se pueda utilizar para describir los TP habituales que están establecidos para incluirse (p. ej., TP indeterminado) y excluirse (p. ej., TP narcisista) del DSM-5, al igual que otras formas menos frecuentes de TP. Aunque se pudiera no estar de acuerdo con la forma en la cual se conceptuó este modelo de rasgos o el modelo resultante en sí, el incluir un modelo de rasgos es un paso en la dirección adecuada. No obstante, pese al importante apoyo empírico para estos tipos de modelos de rasgo dimensional del trastorno de la personalidad, muchos académicos destacados están en desacuerdo vehemente con la propuesta del DSM-5. Por ejemplo, 29 psicólogos y psiquiatras, dirigidos por el connotado académico J. Gunderson, enviaron un mensaje por correo electrónico al Grupo de Trabajo sobre la Personalidad y el Trastorno de la Personalidad del DSM-5 criticando la propuesta (10). Estos expertos señalan que «sigue habiendo un enorme vacío entre la ciencia de los rasgos de la personalidad o los modelos dimensionales y el ejercicio clínico... gran parte de la terminología incluye descripciones que desconocen los profesionales clínicos o que precisan gran inferencia de manera que es posible que sea muy difícil lograr la fiabilidad».

Con todo el debido respeto, este sentir es incongruente con los datos disponibles que demuestran que los rasgos dimensionales pueden ser valorados de una manera fiable y válida por los profesionales clínicos que no están familiarizados con el modelo de rasgos subyacente y que estos rasgos se pueden utilizar de manera aislada y en combinación para proporcionar información de utilidad clínica (11,12). El reconocimiento explícito de la relación fundamental entre rasgos de la personalidad y el

TP es un paso importante para estructurar una taxonomía diagnóstica que sea válida y a la vez clínicamente útil.

### Bibliografía

1. Lynam DR, Widiger TA. Using the five-factor model to represent the DSM-IV personality disorders: an expert consensus approach. *J Abnorm Psychol* 2001;110:401-12.
2. Samuel DB, Widiger TA. Clinicians' personality descriptions of prototypic personality disorders. *J Pers Disord* 2004;18:286-308.
3. Miller JD, Bagby RM, Pilkonis PA et al. A simplified technique for scoring the DSM-IV personality disorders with the five-factor model. *Assessment* 2005;12:404-15.
4. Miller JD, Reynolds SK, Pilkonis PA. The validity of the five-factor model prototypes for personality disorders in two clinical samples. *Psychol Assessment* 2004;16:310-22.
5. O'Connor BP. A search for consensus on the dimensional structure of personality disorders. *J Clin Psychol* 2005;61:323-45.
6. Schmitt DP, Allik J, McCrae RR et al. The geographic distribution of big five personality traits. Patterns and profiles of

human self-description across 56 nations. *J Cross Cult Psychol* 2007;38:173-212.

7. McGlashan TH, Grilo CM, Sanislow CA et al. Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: toward a hybrid model of axis II disorders. *Am J Psychiatry* 2005;162:883-9.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
9. Warner MB, Morey LC, Finch JF et al. The longitudinal relationship of personality traits and disorders. *J Abnorm Psychol* 2004;113:217-27.
10. Gunderson J, Bateman A, Beck A et al. Scientific forum for borderline personality disorder. [www.bpdforum.com](http://www.bpdforum.com).
11. Few LR, Miller JD, Morse JQ et al. Examining the reliability and validity of clinician ratings on the Five-Factor Model score sheet. *Assessment* 2010;17:440-53.
12. Miller JD, Maples J, Few LR et al. Using clinician-rated Five-Factor Model data to score the DSM-IV personality disorders. *J Pers Assess* 2010;92:296-305.

## Interacción de los trastornos de la personalidad con otros trastornos psiquiátricos concomitantes

**JOHN M. OLDHAM**

*Menninger Clinic, Baylor College of Medicine, Houston, TX, USA*

T. Widiger presenta un panorama detallado y equilibrado de las formas bidireccionales en que la personalidad y la psicopatología se pueden influir entre sí. Se enfoca primero en los diferentes efectos que los diversos tipos de personalidad podrían tener sobre la presentación de trastornos psiquiátricos específicos y señala algunas similitudes fenotípicas entre los rasgos de la personalidad (refiriéndose al modelo de cinco factores —FFM—) y las manifestaciones de trastornos específicos, tales como algunos trastornos de la conducta alimentaria.

En el contexto clínico del interés creciente en la prevención e intervención temprana, es útil valorar si determinados tipos de personalidad podrían o no considerarse como patrones de predicción, para dirigir la atención en una etapa temprana

a las personas con un riesgo hereditario de enfermedades específicas que podrían surgir en circunstancias ambientales adversas. Widiger no distingue aquí entre los tipos de personalidad caracterizados por el FFM y los trastornos de la personalidad según se definen en el DSM-IV-TR, pero se han planteado razonamientos similares sobre la influencia de los trastornos del Eje II en la evolución de los trastornos del Eje I. En concreto, un estudio reciente realizado por Skodol et al (1) informa que, en una extensa muestra nacionalmente representativa de adultos con trastorno depresivo mayor (TDM), el trastorno límite de la personalidad (TLP), pronosticaba con alto grado de posibilidades la persistencia del TDM en el curso del tiempo y permitía pronosticar con más fiabilidad la depresión persistente que la presentación concomitante de trastornos del Eje I.

Widiger analiza luego la influencia de la psicopatología sobre la personalidad. Sostiene que la valoración de la personalidad será inexacta si se lleva a cabo cuando



un paciente está presentando un episodio sintomático agudo de la enfermedad. No obstante, hay cierto debate en torno a esta aseveración. Morey et al (2), por ejemplo, en tiempos recientes informaron que los trastornos de la personalidad se pueden diagnosticar de manera válida durante los episodios de depresión. Por lo que respecta a la dinámica interactiva en función del tiempo, Widiger cita un informe del Estudio Longitudinal en Colaboración sobre los Trastornos de la Personalidad (CLPS) publicado en 2003, en el cual Gunderson et al (3) indican que la remisión del TLP a menudo puede presentarse tras la resolución de un trastorno del Eje I. Sin embargo, el grupo del CLPS después informó que, a los tres años, la frecuencia de remisión de TLP no era afectada por el hecho de si los pacientes tenían o no tenían un TDM concomitante, en tanto que el tiempo transcurrido hasta la remisión del TDM se prolongaba notablemente en los pacientes con TLP concomitante (4). Datos similares fueron descritos en un estudio de seguimiento a 10 años por el mismo grupo de investigadores (5).

El resumen que realizó Widiger de estudios que indican que los trastornos de la personalidad pueden entenderse como variantes extremas del FFM es un modelo conceptual útil, uno que es conocido en el mundo médico y similar a trastornos orgánicos como la hipertensión. Sin embargo, el razonamiento de que existen muchos trastornos de la personalidad definidos en el DSM en una gama que los vincula con las categorías importantes del

Eje I es más debatido. Aquí, la evidencia científica más persuasiva es la que indica que los pacientes con trastorno de personalidad esquizotípica comparten algunos biomarcadores y cierto grado de riesgo genético con los que tienen riesgo de presentar esquizofrenia. La evidencia es más debatida por lo que respecta al vínculo entre otros trastornos de la personalidad y las categorías del Eje I.

El reconocimiento de que la psicopatología, sobre todo si es grave y persistente, puede modificar o conformar la personalidad ciertamente es persuasivo en muchas situaciones clínicas. Sin duda es una interrogante legítima de qué manera o incluso si conviene siquiera tratar, de diagnosticar la presentación de un trastorno de la personalidad en determinados pacientes, como aquellos con esquizofrenia de inicio reciente grave y persistente. Sin embargo, incluso en estos casos casi siempre hay una «persona» que ha estado ahí siempre, antes que surgiera el trastorno del Eje I, y nos ayudará a mantener la esperanza y un marco de referencia de restablecimiento recordar esto. En ocasiones, la interconectividad de los trastornos puede ser muy espinosa. Recuerdo a un paciente a quien administré el Examen de Trastorno de la Personalidad, una entrevista de diagnóstico clínico semiestructurada para los trastornos de la personalidad definidos según el DSM. Comencé con las instrucciones iniciales habituales que me interesaban en cómo era en su mayor parte en su vida adulta, no sólo durante un periodo de enfermedad como la depresión

o la toxicomanía. Ella me dijo «deténgase», lo cual hice, y me informó que tenía 35 años de edad, que esta era su primera hospitalización por alcoholismo grave y que la última vez que recuerda haber estado sobria fue cuando tenía 12 años. En un caso como éste, sólo podríamos saber «quién es ella» en el curso del tiempo, y sólo si lograba y mantenía la sobriedad.

Estos y muchos otros problemas están muy bien integrados en este artículo bienvenido de Widiger, que nos señala direcciones importantes para estudio adicional.

## Bibliografía

1. Skodol AE, Grilo CM, Keyes KM et al. Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample. *Am J Psychiatry* 2011;168:257-64.
2. Morey LC, Shea MT, Markowitz JC et al. State effects of major depression on the assessment of personality and personality disorder. *Am J Psychiatry* 2010;167:528-35.
3. Gunderson JG, Bender D, Sanislow C et al. Plausibility and possible determinants of sudden "remissions" in borderline patients. *Psychiatry* 2003;66:111-9.
4. Gunderson JG, Morey LC, Stout RL et al. Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1049-56.
5. Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH et al. Ten year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Arch Gen Psychiatry* (in press).

## La personalidad puede ser psicopatología y viceversa

**SVENN TORGERSEN**

*Center for Child and Adolescent Mental Health, Eastern and Southern Norway, Oslo, Norway*

T. Widiger analiza exhaustivamente la relación de las dimensiones comunes de la personalidad con los trastornos de la personalidad y la personalidad y los trastornos de la personalidad con los trastornos sintomáticos, también llamados trastornos clínicos o trastornos del Eje I en el DSM. De esta manera, analiza la relación entre las conductas, los sentimientos y los pensamientos egosintónicos y egodistónicos; entre lo que somos en cuanto a sentimientos, pensamientos y conducta y lo que nos

ocurre en el ámbito de los sentimientos, los pensamientos y las conductas.

La tesis de este comentario es que la personalidad y la psicopatología a veces se mezclan entre sí, a veces se relacionan aunque de manera conceptual y funcionalmente diferente y en ocasiones no se relacionan de ninguna manera. Una conclusión será que ese hecho debiera tener consecuencias para la clasificación diagnóstica.

La depresión es psicopatología. Sin embargo, no son muy pocos los individuos que están deprimidos toda su vida. Se sienten inseguros, propensos a sentimientos de culpabilidad, inútiles, infelices, etcétera. Esto puede considerarse

como una estructura de la personalidad. Por otra parte, algunas personas tienen una personalidad que ven como egodistónica, es decir, no se comprenden así mismas, ni sus ataques súbitos de ira, inseguridad o desesperación. A esto puede habersele llamado psicopatología. El trastorno por ansiedad generalizada para muchos es un sentimiento crónico de aprensión y temor a lo que pueda ocurrir. La esquizofrenia tiene una formación de personalidad relativamente estable. Un trastorno delirante suele ser persistente durante toda la vida de un individuo. Por consiguiente, podemos decir que muchos trastornos del Eje I pueden ser estructuras de personalidad estables.

Desde otra perspectiva, las calificaciones extremas en las dimensiones comunes de la personalidad, tales como neuroticismo, según algunos criterios representan psicopatología, a menudo indistinguible de entidades clínicas tales como diversos

tipos de trastornos afectivos y por ansiedad. Una calificación extremadamente alta en introversión es similar a las características negativas de la esquizofrenia, muy notablemente la esquizofrenia simple. Una calificación extremadamente baja en agradabilidad y escurpulosidad ciertamente es un centro básico de los trastornos de la personalidad, como lo hace notar Widiger.

Así que ¿qué nos queda? El concepto de personalidad se ha formado dentro del modelo de la psicología, sobre todo la psicología de la personalidad, en contraste con y a veces en competencia con la psicología clínica. La psicopatología es un concepto de la psiquiatría, aunque a veces también se acepta dentro de la psicología clínica. La personalidad se suele valorar por medio de cuestionarios que llena la propia persona, la psicopatología por medio de entrevistas que son estructuradas o clínicamente dinámicas. Las correlaciones entre las dimensiones frecuentes de la personalidad que se valoran mediante cuestionarios y los trastornos de la personalidad valorados mediante entrevistas casi siempre son tan considerables como lo permite la deficiencia de la fiabilidad (1). El origen genético al parecer es el mismo (2,3). Lo que surge como específico del medio ambiente, no compartido, para la personalidad valorada mediante cuestionarios o para la psicopatología valorada mediante entrevistas en estudios de gemelos probablemente es en su mayor parte una varianza de error.

¿Significa esto que la personalidad (extrema) y la psicopatología (trastornos de la personalidad y trastornos sintomáticos) siempre coinciden? Probablemente no. Las características de la personalidad valoradas en las primeras etapas de la vida pueden evolucionar a conductas riesgosas para la salud, inadaptación social, conflictos en las relaciones y disfunción en la edad adulta (4,5). Esto crea condiciones vitales y sucesos que a su vez desencadenan depresión y ansiedad, según lo resalta Widiger. Un individuo con una tendencia a una gran introversión puede llevar una vida con escasos contactos sociales, lo que produce una sensación de tristeza y depresión subsiguiente. Una persona impulsiva con fuerte variabilidad emocional puede experimentar frecuentes rupturas y pérdidas en las relaciones y por consiguiente ansiedad y depresión. Todo profesional clínico está bien familiarizado con varias de estas secuencias. Al mismo tiempo, estos rasgos de la personalidad no necesariamente dan por resultado sín-

tomos. Por consiguiente, no son lo mismo que la psicopatología. Algunos dirán que sí, pero en cualquier caso son trastornos de la personalidad. Sin embargo, los trastornos de la personalidad tal vez no sean básicamente diferentes a los trastornos sintomáticos. Pueden deberse a los mismos genes (mencionados por Widiger), como parece ser el caso de los trastornos de personalidad evitativa y fobia social (6). No son más estables que los trastornos sintomáticos (7,8).

¿A dónde nos lleva esto? Probablemente nuestros conceptos de la personalidad y la psicopatología son muy rudimentarios. Podemos imaginarnos, por ejemplo, que lo que hoy en día se diagnostica como una depresión mayor consiste en una serie de trastornos de origen completamente diferente. Un trastorno depresivo simplemente puede ser una entidad de personalidad crónica con una serie de rasgos de personalidad de por vida denominados hoy día síntomas depresivos y por ansiedad. Otro trastorno depresivo es solamente un fenómeno cerebral biológico que tiene lugar en una persona con una personalidad por completo normal sin ningún suceso ambiental desencadenante especial. Una tercera depresión, a veces con ansiedad adicional, es la reacción normal (frecuente) a sucesos y situaciones extremas de la vida. Una cuarta depresión es la consecuencia de una formación de personalidad que crea circunstancias detestables con reacciones de depresión y ansiedad consecutivas. Por otra parte, las personas con calificaciones extremas en las dimensiones de la personalidad pueden ser individuos cuyas características de personalidad tengan orígenes completamente diferentes. Así que nuestros conceptos de persona-

lidad y psicopatología pueden distar mucho de lo que definamos como adecuados en el futuro, cuando sepamos más sobre las causas y las estructuras subyacentes a los conceptos.

## Bibliografía

1. Saulsman LM, Page AC. The five-factor model and personality disorder empirical literature: a metaanalytic review. *Clin Psychol Rev* 2004;23:1055-85.
2. Kendler KS, Myers J, Torgersen S et al. The heritability of cluster A personality disorders assessed by both personal interview and questionnaire. *Psychol Med* 2007;37:655-65.
3. Torgersen S, Myers J, Reichborn-Kjennerud T et al. The heritability of cluster B personality disorders assessed by both personal interview and questionnaire. Submitted for publication.
4. Caspi A. The child is father of the man: personality continuities from childhood to adulthood. *J Pers Soc Psychol* 2003;78:158-72.
5. Moffitt TE, Arsenault L, Belsky D et al. A gradient of childhood self-control predicts health, wealth and public safety. *Proc Natl Sci USA* 2011;108:2693-8.
6. Reichborn-Kjennerud T, Czajkowski N, Torgersen S et al. The relationship between avoidant personality disorder and social phobia: a population-based twin study. *Am J Psychiatry* 2007;164:1722-8.
7. Durbin CE, Kline DN. Ten-year stability of personality disorders among outpatients with mood disorders. *J Abnorm Psychol* 2006;115:75-84.
8. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB et al. Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: a 10-year prospective followup. *Am J Psychiatry* 2010;167:663-7.

# Dificultades en el estudio de la personalidad y la psicopatología

**TIMOTHY J. TRULL**

*Department of Psychological Sciences, University of Missouri, Columbia, MO 65211, USA*

T. Widiger presenta tres formas bien conocidas de conceptualizar la relación entre la personalidad y la psicopatología. En primer lugar, una *relación patoplástica* indica que una y otra pueden tener una influencia en la prevención o la manifestación entre sí. Cuando se presentan de

manera concomitante las características de la personalidad y la psicopatología en la misma persona, el cuadro clínico resultante se verá diferente que en los casos aislados de estos rasgos de personalidad o de esta diátesis a la aparición de la psicopatología. Una segunda forma de relación es una relación de *gama*. Aquí, determinados rasgos de la personalidad y formas de psicopatología se consideran como partes de la misma gama de funcionamiento. Puede existir una dimensión del

funcionamiento en la cual los rasgos de la personalidad «desembocan en» la psicopatología conforme nos desplazamos en una dimensión hacia la disfunción. Por último, la personalidad y la psicopatología pueden tener una relación *causal* entre sí.

Pese a las investigaciones que por años han tratado de desentrañar y dilucidar las características de la relación entre la personalidad y la psicopatología, esta sigue siendo una tarea difícil. Como punto inicial, se ha de demostrar una relación entre la personalidad y la psicopatología. La observación de que los rasgos de la personalidad y la psicopatología pueden presentarse en forma simultánea con frecuencia en las personas plantea múltiples posibilidades (1,2). En primer lugar, la interrelación entre determinados rasgos de la personalidad y algunas formas de psicopatología puede ser artificial debido a factores de confusión en la medición o en el diseño. Por ejemplo, los problemas de toxicomanía se consideran un ejemplo de rasgo de impulsividad de la personalidad, lo que asegura cierto grado de imbricación entre ese rasgo de la personalidad y los diagnósticos de trastornos por toxicomanía. Así mismo, diversos indicadores de impulsividad o de agresividad en la conducta pueden estar relacionados con las drogas (p. ej., el conducir en estado de embriaguez o la violencia relacionada con drogas).

Por lo que respecta a los factores de confusión en el diseño de estudios, la mayor parte de los ensayos sobre las relaciones de la personalidad y la psicopatología son transversales y muchos se llevan a cabo en pacientes que se encuentran o que están terminando recientemente una fase aguda de su trastorno del Eje I. Por ejemplo, la toxicomanía puede contribuir a problemas de inestabilidad afectiva (o afectividad negativa) e impulsividad que son rasgos importantes de la personalidad (2). Aunque se podría tratar de superar este factor de confusión potencial haciendo que los pacientes sólo comuniquen los rasgos o características de la personalidad que estaban presentes cuando no utilizaban drogas, sigue sin aclararse la fiabilidad y la validez de estos estudios retrospectivos.

También es posible que una tercera variable no cuantificada, relacionada con los rasgos de la personalidad lo mismo que con la psicopatología, sea la causa de su interrelación en un determinado estudio. Tal tercera variable no siempre es etiológicamente relevante. Por ejemplo,

la edad no tiene importancia etiológica, en el sentido causal, pero puede volver más factible que se presente una relación entre personalidad y psicopatología. Los adultos más jóvenes tienen más posibilidades de ser impulsivos y también de consumo excesivo de sustancias. En cambio, una tercera variable como una diátesis genética común tiene importancia etiológica (3).

Así mismo, es posible que la relación entre personalidad y psicopatología sea causal. Desde la perspectiva conceptual, el modelo para el temperamento y la personalidad al parecer yace en una etapa temprana y parecería tener una prioridad ontológica. Los estudios longitudinales y prospectivos indican la influencia de las características del temperamento y la personalidad en la aparición subsiguiente y en la salud mental (4). Así mismo, hay pruebas satisfactorias que indican que la personalidad se asocia más tarde a desenlaces vitales importantes (5,6), lo que refuerza esta dirección causal. Por otra parte, las características de la personalidad pueden ser una consecuencia de la experiencia de la psicopatología o viceversa. Por ejemplo, el consumo crónico y excesivo de alcohol puede dar por resultado agotamiento de la serotonina lo que, a su vez, puede llevar a una conducta impulsiva.

En conclusión, los tres modelos son útiles pero sólo como un punto de partida. Hay muchos aspectos complejos tanto en la forma en que se conceptúan los conceptos como la forma en que se conciben y se ponen en práctica los estudios en este campo. Las principales dificultades para el estudio futuro de la personalidad y la psicopatología son las siguientes:

*Definir lo que es la personalidad y lo que constituye el campo de la personalidad.* Algunos de los síntomas e indicadores de psicopatología están directamente relacionados con rasgos de la personalidad, mientras que otros al parecer guardan una relación menos importante. Por lo que respecta al cambio de la personalidad, los grados medios de rasgos de la personalidad se modifican durante la vida de una persona, naturalmente (7,8). Por tanto, la simple demostración de cambios de la media de las calificaciones de rasgos de la personalidad en función del tiempo no necesariamente indica «cambio de la personalidad» debido a la presentación de trastornos psicopatológicos. Sin embargo, la estructura de la personalidad en un individuo (p. ej., la estructura de factores de rasgos de la personalidad) puede

ser un indicador mejor del cambio de la personalidad debido a la experiencia de la psicopatología.

*La necesidad de estudios prospectivos satisfactorios que valoren las relaciones de la personalidad y la psicopatología dentro de un marco de referencia del desarrollo a largo plazo.* La mayor parte de los estudios de las interrelaciones entre la personalidad y la psicopatología en gran parte han ignorado los efectos del desarrollo (indizados según la edad) sobre la personalidad y sobre la psicopatología. Más estudios transversales nunca podrán explicar del todo estas relaciones. Esto no quiere decir que sean valiosos únicamente los estudios que comienzan con una cohorte de nacimiento y que se extienden hasta la vejez. Más bien, dependiendo de la forma de psicopatología (tomando en cuenta los periodos de riesgo y las manifestaciones del trastorno relacionadas con la edad) y los rasgos de la personalidad en cuestión, los estudios longitudinales «más breves» pueden ser informativos.

*La influencia de genes, el ambiente y las interacciones.* Los estudios longitudinales trascendentales que analizan influencias genéticas sobre rasgos, conducta y ambiente en el curso de la vida indican que las respuestas a nuestras preguntas en torno a las interrelaciones de la personalidad y la psicopatología posiblemente son muy complejas (9). Los hallazgos indicativos del papel de las correlaciones de genes y medio ambiente, las interacciones de genes y medio ambiente y la epigenética en la presentación de trastornos psicopatológicos debieran alertarnos a la infinidad de posibilidades al describir las interrelaciones de la personalidad y la psicopatología y ayudarnos a comenzar a enfocarnos en los mecanismos (19).

## Bibliografía

1. Sher KJ, Trull TJ, Bartholow BD et al. Personality and alcoholism: issues, methods, and etiological processes. In: Leonard KE, Blane HT (eds). *Psychological theories of drinking and alcoholism*, 2nd ed. New York: Guilford, 1999:54-105.
2. Trull TJ, Sher KJ, Minks-Brown C et al. Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. *Clin Psychol Rev* 2000;20:235-53.
3. Distel MA, Trull TJ, Willemsen G et al. The five factor model of personality and borderline personality disorder: a genetic analysis of comorbidity. *Biol Psychiatry* 2009;66:1131-8.
4. Hampson SE, Goldberg LR, Vogt TM et al. Forty years on: teachers' assessments of children's personality traits predict sel-



- freported health behaviors and outcomes at midlife. *Health Psychol* 2006;25:57-64.
5. Ozer D, Benet-Martínez V. Personality and prediction of consequential outcomes. *Ann Rev Psychol* 2006;57:401-21.
  6. Roberts BW, Kuncel N, Shiner RN et al. The power of personality: the comparative validity of personality traits, socioeconomic status, and cognitive ability for predicting important life outcomes.

*Perspectives in Psychological Science* 2007;2:313-45.

7. Caspi A, Roberts BW, Shiner RL. Personality development: stability and change. *Ann Rev Psychol* 2005;56:453-84.
8. Roberts BW, Walton KE, Viechtbauer W. Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull* 2006;132:1-25.

9. Moffitt TE, Caspi A, Rutter M. Strategy for investigating interactions between measured genes and measured environments. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:473-81.
10. Hampson SE. Mechanisms by which childhood personality traits influence adult wellbeing. *Current Directions in Psychological Science* 2008;17:264-8.

## Hacia un enfoque en los trastornos mentales basado en las diferencias individuales

**ANDREA FOSSATI**

*Faculty of Psychology, Vita-Salute San Raffaele University, Milan, Italy*

T. Widiger ha sido uno de los académicos más influyentes que ha analizado el papel de la personalidad en la psicopatología en los últimos 20 años. En este artículo, proporciona al lector un panorama muy exacto y a veces un poco provocativo de los principales hallazgos en torno a la interrelación entre la personalidad y la psicopatología, transmitiendo vivamente también el entusiasmo que está prevaleciendo en la investigación sobre el papel (de hecho, los papeles) de la personalidad en la psicopatología.

Traté de leer el artículo como profesional clínico, no como investigador. Desde la perspectiva de un profesional clínico, las relaciones complejas entre personalidad y psicopatología que constantemente se documentan por los hallazgos de la investigación indican que está llegando el tiempo en que la psiquiatría cambie su objetivo de «dividir la naturaleza en sus coyunturas» y adopte las diferencias individuales en la personalidad como la principal perspectiva para comprender los trastornos mentales.

El poner la personalidad en las encrucijadas del funcionamiento adaptativo y los trastornos mentales no representa descartar un enfoque médico en el diagnóstico. Más bien, implica poner los trastornos mentales del individuo en la perspectiva de la «manera característica en la cual piensa, siente, se comporta y se relaciona con los demás», citando las palabras de Widiger. A su vez, esto implica valorar los trastornos mentales del individuo en la perspectiva de sus antecedentes de desarrollo, incluyendo aspectos psicobiológicos y psicofisiológicos así como los factores de riesgo.

La presentación exacta que hace Widiger de las influencias mutuas entre la personalidad y los trastornos mentales también evita las desventajas de un enfoque simplista en el tratamiento de los trastornos mentales. De hecho, un enfoque en los trastornos mentales basado en diferencias individuales conlleva tomar en cuenta la personalidad del sujeto al determinar la estrategia terapéutica global. Por ejemplo, es bien sabido que en las personas con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el diagnóstico concomitante de trastorno esquizotípico de la personalidad puede afectar de manera negativa la respuesta al tratamiento (1), lo cual señala la necesidad de la formulación del caso individual en los pacientes con TOC que tienen manifestaciones clínicas complejas y trastornos concomitantes del Eje II (2).

Compatibles con la interacción compleja entre la personalidad y los trastornos mentales que Widiger resalta en su artículo, datos recientes señalan que la impulsividad es un endofenotipo de la conducta que influye en el riesgo para la dependencia de estimulantes que puede ser exacerbado por la exposición crónica a drogas (3). Por consiguiente, el tomar en cuenta este rasgo de la personalidad podría ser pertinente tanto para evitar las toxicomanías como para fomentar la abstinencia durante la fase de mantenimiento de un programa de tratamiento de la toxicomanía.

El neuroticismo parece representar un factor de riesgo para la depresión y también para otros trastornos mentales diversos así como trastornos de la personalidad (4). Es interesante que el neuroticismo parezca asociarse también al riesgo genético para la depresión (5). Es más, los trastornos de la personalidad figuran entre los factores pronósticos importantes del riesgo de que un episodio depresivo actual se vuelva crónico (6). Cuijpers et

al (4) señalaron que los costos económicos del neuroticismo superan a los de los trastornos mentales frecuentes. Por consiguiente, recomendaron que la psiquiatría debiera comenzar considerando las intervenciones que se enfocan no en cada uno de los desenlaces negativos específicos del neuroticismo sino más bien en el propio punto de partida (4).

Otra consecuencia del artículo de Widiger es que se puede adoptar un enfoque centrado en la personalidad en el trastorno mental sin adherirse a una teoría de la personalidad específica. Aunque de hecho existe la teoría de los cinco factores de la personalidad (7); el modelo de los Grandes Cinco de la personalidad no representa una perspectiva teórica específica, sino que se derivó del análisis de los términos que las personas utilizan para describirse a sí mismas y a otras (8). Este modelo en realidad integra diferentes teorías de la personalidad. El artículo de Widiger muestra que los rasgos de los Grandes Cinco —es decir, apertura a la experiencia, escrupulosidad, extraversión, agradabilidad y neuroticismo— pueden desempeñar este papel integrador también en los trastornos mentales.

### Bibliografía

1. Keeley ML, Storch EA, Merlo LJ. Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev* 2008;28:118-30.
2. Fricke S, Moritz S, Andresen B et al. Do personality disorders predict negative treatment outcome in obsessive-compulsive disorders? A prospective 6-month follow-up study. *Eur Psychiatry* 2006;21:319-24.
3. Ersche KD, Turton AJ, Pradhan S et al. Drug addiction endophenotypes: impulsive versus sensation-seeking personality traits. *Biol Psychiatry* 2010;68:770-3.



4. Cuijpers P, Smit F, Penninx BWJH et al. Economic costs of neuroticism. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:1086-93.
5. Harro J, Kiive E. Droplets of black bile? Development of vulnerability and resilience to depression in young age. *Psychoneuroendocrinology* 2011;36:380-92.
6. Hölzel L, Härter M, Reese C et al. Risk factors for chronic depression – A systematic review. *J Affect Disord* 2011;129:1-13.
7. McCrae RR, Costa PT. A five-factor theory of personality. In: Pervin LA, John OP (eds). *Handbook of personality*, 2nd ed. New York: Guilford, 1999:139-53.
8. John OP, Srivastava S. The Big Five trait taxonomy: history, measurement, and theoretical perspectives. In: Pervin LA, John OP (eds). *Handbook of personality*, 2nd ed. New York: Guilford, 1999: 102-38.

## La influencia de la personalidad sobre el resultado del tratamiento de los trastornos psicopatológicos

**ROGER T. MULDER**

*Department of Psychological Medicine, University of Otago, Christchurch, New Zealand*

El artículo de T. Widiger resume cómo se relacionan la personalidad y la psicopatología entre sí y la dificultad de desentrañar las diversas formas de esta interrelación. Este comentario se enfoca en la forma en que la personalidad puede influir en el resultado del tratamiento y la selección del tratamiento en los pacientes con trastornos mentales.

La investigación sobre la relación existente entre la personalidad y el resultado del tratamiento en gran parte está circunscrita a un trastorno psicopatológico, que es la depresión. Widiger hace notar que algunos autores sostienen que un cambio de la descripción por el propio paciente originado por un trastorno afectivo puede representar un verdadero cambio de la personalidad. Aduce que entonces es difícil llevar a cabo la investigación diagnóstica pues la depresión y la personalidad son conceptos que ya no se distinguen. En este comentario trato de analizar la relación entre la depresión y la personalidad como conceptos diferentes en relación con el resultado del tratamiento.

Se puede afirmar con cierta confianza que las altas calificaciones de neuroticismo o medidas similares como la evitación de daño conllevan desenlaces más desfavorables en el tratamiento de la depresión (1). Este resultado se ha comunicado una y otra vez en farmacoterapia (2) lo mismo que en estudios sobre la psicoterapia.

Los efectos de los trastornos de la personalidad sobre el resultado de la depresión han sido menos sólidos. Aunque en general se sostiene que los trastornos de la personalidad tienen un efecto negativo sobre el resultado, un análisis realizado por Mulder (1) señala que los estudios mejor diseñados muestran escasa o nula diferencia en el resultado entre pacientes

deprimidos con y sin trastornos de la personalidad. En un metanálisis de estudios de farmacoterapia tampoco se comunicaron diferencias importantes en el resultado (5). Sin embargo, un metanálisis a mayor escala en el que se utilizaron criterios de estudio menos estrictos se comunicó un efecto negativo moderado pero importante sobre el resultado del tratamiento en individuos deprimidos con un trastorno de la personalidad concomitante (6).

Estudios sobre tratamiento reciente, en los que se utilizaron diseños más refinados para estudiar específicamente la relación entre la personalidad y el resultado del tratamiento, no han comunicado un peor resultado. Kelly et al (7) midieron la gravedad del trastorno de la personalidad así como de la depresión y determinaron que, si bien la gravedad de los síntomas depresivos al inicio pronosticó un peor resultado, no sucedió así con la gravedad del trastorno de la personalidad. Craigie et al (8) informaron que, si bien la complejidad creciente del trastorno de la personalidad se relacionó con un funcionamiento de estado final levemente más deficiente, no hubo ninguna interrelación entre la complejidad del trastorno de la personalidad y el resultado del tratamiento más insatisfactorio.

Un problema es que la gravedad del trastorno de la personalidad y la gravedad de los síntomas depresivos se correlacionaron en alto grado en los dos estudios. Si los análisis no corrigen esto, se sobreestimaré el efecto del trastorno de la personalidad sobre el resultado. De Bolle et al. (9) continuaron señalando que el enfoque estadístico utilizado para analizar los datos puede contribuir a los hallazgos incongruentes. Demostraron en su estudio que si bien el análisis de regresión de un solo nivel mostró un resultado del tratamiento notablemente peor en pacientes deprimidos con trastorno de la personalidad, este peor desenlace ya no se observó después del control con respecto a la heterogenei-

dad estadística y la interdependencia. Nos quedamos con la conclusión incómoda de que los estudios mejor diseñados muestran el menor efecto de la personalidad sobre el resultado de la depresión.

Los profesionales clínicos están muy interesados en determinar si un paciente deprimido con un trastorno de la personalidad concomitante respondería mejor a algunos tratamientos que a otros. En concreto, si la psicoterapia, sea sola o añadida al tratamiento antidepresivo, produciría un mejor resultado. Las pruebas disponibles en este sentido se contraponen un poco a lo plausible. En el metanálisis de Newton-Howes et al (6), hubo una tendencia no significativa a la superioridad de la farmacoterapia con respecto a las psicoterapias. Fournier et al. (10) compararon de manera directa la paroxetina y el tratamiento cognitivo conductual en pacientes deprimidos con y sin trastorno de la personalidad. Informaron una tendencia no significativa a favor de la paroxetina con respecto a la psicoterapia (66% frente a 44% cumplieron los criterios de respuesta a las 16 semanas). Kelly et al (7) comunicaron que no había ninguna interacción entre los estados de trastorno de la personalidad, el tratamiento para solución de problemas, los seminarios de grupo o el tratamiento habitual. Joyce et al. (11) informaron que los trastornos concomitantes de la personalidad influían de manera negativa en la respuesta al tratamiento a la psicoterapia interpersonal pero no a la psicoterapia cognitiva conductual.

Por lo que respecta a la farmacoterapia, también hay escasa guía específica. Hay ciertas pruebas indicativas de que los antidepresivos tricíclicos (ATC) son menos útiles en individuos con trastornos de la personalidad del grupo B concomitantes (12). Tal vez tenga más interés el que el tratamiento antidepresivo puede producir mejoras del neuroticismo (13) y de las características patológicas del trastorno de la personalidad (4) en pacientes

cuya depresión ha mostrado sólo mejoras mínimas con el tratamiento. En otras palabras, la mejora del funcionamiento de la personalidad no dependió de la mejoría de la depresión.

En conclusión, las relaciones entre personalidad, psicopatología y resultado del tratamiento son complejas. En la depresión, las calificaciones de neuroticismo más altas invariablemente se relacionan con un resultado más desfavorable. Los trastornos de la personalidad concomitantes por lo general se asocian de una manera menos constante a una peor respuesta al tratamiento. Sin embargo, estos hallazgos pueden reflejar en parte correlaciones entre la gravedad de la depresión y el neuroticismo y la patología de la personalidad. La depresión podría comprenderse como una expresión directa del neuroticismo, según lo hace notar Widiger. La depresión también puede tener vínculos con trastornos de la personalidad específicos (p. ej., del grupo C con baja autoestima y preocupación).

La bibliografía escasa al parecer está un poco a favor de los antidepresivos (con la posible excepción de los ATC en los trastornos de la personalidad del grupo B) por contraposición a la psicoterapia y la psicoterapia cognitiva conductual y en relación con psicoterapias interpersonales menos estructurados. Es posible que los antidepresivos produzcan mejoras de las características patológicas de la persona-

lidad sin gran efecto sobre los síntomas depresivos de un individuo. Todos estos datos alientan a los profesionales clínicos a tratar activamente a los pacientes deprimidos que presentan trastornos de la personalidad.

## Bibliografía

1. Mulder RT. Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. *Am J Psychiatry* 2002; 159:359-71.
2. Mulder RT, Frampton CM, Luty SE et al. Eighteen months of drug treatment for depression: predicting relapse and recovery. *J Affect Disord* 2009;114:263-70.
3. Bush T, Rutter C, Simon G et al. Who benefits from more structured depression treatment? *Int J Psychiatry Med* 2004;34:247-58.
4. Spek V, Nyklicek I, Cuijpers P et al. Predictors of outcome of group and internetbased cognitive behavior therapy. *J Affect Disord* 2008;105:137-45.
5. Kool S, Schoevers R, de Maat S et al. Efficacy of pharmacotherapy in depressed patients with and without personality disorders: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2005;88:269-78.
6. Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *Br J Psychiatry* 2006;188:13-20.
7. Kelly BD, Nur UA, Tyrer P et al. Impact of severity of personality disorder on the outcome of depression. *Eur Psychiatry* 2009;24:322-6.
8. Craigie MA, Saulsman LM, Lampard AM. MCMI-III personality complexity and depression treatment outcome following group-based cognitive-behavioral therapy. *J Clin Psychol* 2007;63:1153-70.
9. De Bolle M, De Fruyt F, Quilty LC et al. Does personality disorder co-morbidity impact treatment outcome for patients with major depression? A multi-level analysis. *J Pers Disord* 2011;25:1-15.
10. Fournier JC, DeRubeis RJ, Shelton RC et al. Antidepressant medications v. cognitive therapy in people with depression with or without personality disorder. *Br J Psychiatry* 2008;192:124-9.
11. Joyce PR, McKenzie JM, Carter JD et al. Temperament, character and personality disorders as predictors of response to interpersonal psychotherapy and cognitive behaviour therapy for depression. *Br J Psychiatry* 2007;190:103-8.
12. Mulder RT, Joyce PR, Luty SE. The relationship of personality disorders to treatment outcome in depressed outpatients. *J Clin Psychiatry* 2003;64:259-64.
13. Tang TZ, DeRubeis RJ, Hollon SD et al. Personality change during depression treatment: a placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:1322-30.
14. Mulder RT, Joyce PR, Frampton CM. Personality disorders improve in patients treated for major depression. *Acta Psychiatr Scand* 2010;122:219-25.

# Encuesta mundial de WPA-WHO sobre las actitudes de los psiquiatras hacia la clasificación de los trastornos mentales

GEOFFREY M. REED<sup>1</sup>, JOÃO MENDONÇA CORREIA<sup>1</sup>, PATRICIA ESPARZA<sup>1</sup>, SHEKHAR SAXENA<sup>1</sup>, MARIO MAJ<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland; <sup>2</sup>World Psychiatric Association; <sup>3</sup>Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy

*Se describen los resultados de la encuesta mundial de WPA-WHO realizada entre 4887 psiquiatras de 44 países en torno a su empleo de los sistemas de clasificación diagnóstica en el ejercicio clínico y las características idóneas de una clasificación de los trastornos mentales. La WHO utilizará estos resultados para mejorar la utilidad clínica de la clasificación ICD de los trastornos mentales a través del proceso de actualización de la ICD-10 que actualmente se está realizando. Los participantes señalaron que los propósitos más importantes de una clasificación son facilitar la comunicación entre los profesionales clínicos y proporcionar información para el tratamiento y la asistencia. Una abrumadora mayoría prefirió un sistema más sencillo que conste de 100 o menos categorías y más de dos tercios prefirieron una guía flexible a un enfoque basado en criterios estrictos. Se dividieron las opiniones entre cómo incorporar la gravedad y el estado funcional y la mayor parte de los informantes se mostraron receptivos a un sistema que incorpore un componente dimensional. Las minorías importantes de psiquiatras en Latinoamérica y Asia informaron problemas con la aplicabilidad intercultural de las clasificaciones existentes. En general, las valoraciones de la facilidad de uso y de la adecuación de la adaptación de las categorías específicas de la ICD-10 fueron relativamente altas, pero se describió que algunas categorías tenían una utilidad insatisfactoria en el ejercicio clínico. Esto representa un centro de interés importante para la actualización de la ICD al igual que garantizar que la clasificación ICD-11 de los trastornos mentales sea aceptable para los psiquiatras de todo el mundo.*

**Palabras clave:** Trastornos mentales, clasificación, Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD), Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) utilidad clínica, aplicabilidad intercultural.

(*World Psychiatry* 2011;10:118-131)

La Organización Mundial de la Salud (WHO) se encuentra en el proceso de actualizar la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados, que actualmente está en su décima versión (ICD-10) (1). El Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la WHO tiene la responsabilidad técnica de elaborar la clasificación de los trastornos mentales y de la conducta para la ICD-11 y ha designado un Grupo Consultivo Internacional para que lo asesore en todo este proceso. La WPA es un colaborador clave de la WHO en la elaboración de la nueva clasificación y como tal está representada oficialmente en el Grupo Consultivo.

En otro artículo de este número de *World Psychiatry* (2) se describe el marco conceptual de referencia que ha explicado claramente el Grupo Consultivo para la preparación de la sección de los trastornos mentales y conductuales de la ICD-11. Ese artículo resalta que mejorar la utilidad clínica de la clasificación es una meta decisiva del proceso de actualización en curso, un aspecto que se ha abordado con más detalle en otra parte (3).

La WHO también ha resaltado el carácter internacional y multilingüe de la actualización, junto con la intención de llevar a cabo un análisis serio de la aplicabilidad intercultural de las categorías, las definiciones y las descripciones diagnósticas.

Si el mejorar la utilidad clínica global y la aplicabilidad intercultural representan metas importantes de la actualización, entonces sin duda tiene importancia obtener la información de los profesionales que están en contacto diario con las personas que precisan tratamiento de los trastornos mentales y de la conducta en los diversos países. Dada la relativa escasez de psiquiatras en muchos lugares del mundo, los psiquiatras no pueden lograr las metas de salud pública de la WHO consistentes en reducir las repercusiones globales de los trastornos mentales y conductuales

sin la colaboración de otros grupos. No obstante, los psiquiatras representan un grupo profesional decisivo para el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales, cuya función es esencial en todas las regiones del mundo.

Las encuestas internacionales representan uno de los métodos más factibles para obtener información pertinente de parte de los profesionales. En varios estudios se han utilizado encuestas para valorar las opiniones de los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental en relación con la clasificación de los trastornos mentales. Sin embargo, las encuestas previas han tenido un alcance relativamente limitado, han sido geográficamente específicas y a veces se han caracterizado por métodos de muestreo que dificultan las conclusiones. En una encuesta previa realizada por la WAP en la que participaron psiquiatras de 66 países diferentes (4) se informó que las principales recomendaciones de los psiquiatras para los futuros sistemas diagnósticos tenían que ver con una disponibilidad más amplia de los manuales diagnósticos, una promoción más eficaz de la capacitación para el diagnóstico y un empleo más amplio del diagnóstico multiaxial. Sin embargo, las conclusiones comunicadas se basaron en sólo 205 cuestionarios contestados. Además, la representatividad de la muestra se vio restringida pues sólo incluyó psiquiatras que eran parte de la sección de clasificación de la WPA, presidentes y secretarios de las asociaciones integrantes de la WPA, directivos de otras secciones de la WPA y miembros de redes «pertinentes».

Mellsop et al (5,6) utilizaron encuestas dirigidas a un sector más amplio para valorar el empleo y la utilidad percibida de los sistemas diagnósticos por psiquiatras de Nueva Zelanda, Japón y Brasil. Las técnicas para llevar a cabo las encuestas variaron en los diferentes países, lo cual en parte se debió a

un esfuerzo por fomentar la aplicabilidad local de la encuesta y sus resultados. Basándose en este trabajo, se llevó a cabo una encuesta similar en Japón, Corea, China y Taiwán (7). En las diferentes regiones, los psiquiatras señalaron que querían herramientas diagnósticas simples, fiables y fáciles de utilizar, aunque hubo diferencias regionales importantes en las opiniones de los psiquiatras con respecto a la aplicabilidad intercultural de las clasificaciones existentes, incluida la ICD-10 y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la *American Psychiatric Association*, 4ª edición (DSM-IV) (8).

Zielasek et al (9) llevaron a cabo una encuesta en psiquiatras de habla alemana en Alemania, Austria y Suiza para indagar sus percepciones de la clasificación de los trastornos mentales y las necesidades de actualización. Investigaron el grado en el cual la ICD-10 reflejaba adecuadamente el ejercicio clínico efectivo, incluida su facilidad de comprensión y de uso. La mayoría de los encuestados comunicaron que estaban satisfechos con el capítulo de trastornos mentales de la ICD-10. Sin embargo, la tasa de respuesta fue baja y esto dificulta generalizar los resultados de la encuesta.

El propósito de la Encuesta Mundial de WPA-WHO fue expandir el alcance internacional y el contenido de las encuestas previas para generar información sobre las opiniones y actitudes de los psiquiatras en torno a la clasificación de los trastornos mentales que tendría relevancia directa para el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la WHO en la actualización de la ICD-10. En congruencia con las prioridades antes identificadas, la encuesta estuvo específicamente dirigida a una amplia gama de psiquiatras clínicos, más que a líderes de la psiquiatría organizada o a individuos con un interés específico en la clasificación. A fin de llegar a esta población, la WPA y la WHO recurrieron a la colaboración de 46 asociaciones integrantes de la WPA (asociaciones psiquiátricas nacionales) de 44 países de todas las regiones del mundo. A través de esta colaboración, se aplicó la encuesta en 19 idiomas a fin de maximizar la participación de los psiquiatras de los diversos países.

La encuesta se enfocó en los principales problemas prácticos y conceptuales de la clasificación de los trastornos mentales según se atienden en el ejercicio psiquiátrico cotidiano, así como las características del sistema de clasificación que los psiquiatras internacionales consideraban más útiles. Éstas comprendieron el propósito más importante de un sistema de clasificación, el número de categorías que debiera incluirse para una utilidad clínica máxima, si la clasificación debiera ser utilizable por otros profesionales de la salud mental y comprensible a individuos no profesionales pertinentes, cuál clase de sistema de clasificación debieran utilizar los profesionales de la atención primaria o si sería más útil un sistema con criterios estrictos o específicos para todos los trastornos o una guía más flexible, la mejor manera de conceptualizar la gravedad y la relación entre el diagnóstico y el estado funcional, si los psiquiatras consideraban que sería útil añadir un componente dimensional y la aplicabilidad intercultural de los sistemas de clasificación existentes y la necesidad percibida de las clasificaciones nacionales. A los psiquiatras participantes que utilizaron la ICD-10 en su trabajo clínico cotidiano también se les pidió que señalaran cuáles categorías específicas utilizaban

con frecuencia y que valoraran la facilidad de uso y la adecuación de la adaptación de esas categorías específicas.

Se estableció contacto con los psiquiatras participantes a través de sus asociaciones psiquiátricas nacionales y se les dijo que el propósito de la encuesta era que contribuyeran con la WHO en relación con la actualización de la clasificación de los trastornos mentales y de la conducta de la ICD-10. Aunque se esperaba que la encuesta también brindara información que fuese relevante para la actualización presente del DSM-IV, a diferencia de algunas encuestas previas (4,10), no fue un propósito importante del estudio comparar y contrastar la ICD-10 y el DSM-IV.

Determinamos que la forma más eficiente de llevar a cabo la encuesta sería por vía electrónica a través de Internet, aunque conservamos la opción para utilizar un método de escritura manual para las sociedades cuyos miembros no podían participar en el estudio por medio de Internet. Desde el principio, hubo cierta inquietud de que el llevar a cabo la encuesta a través de Internet limitaría la capacidad de los psiquiatras de países de escasos recursos para participar. Se han llevado a cabo algunas encuestas previas (5,7) a través de Internet, pero esto por lo general ha sido en países de altos ingresos. Sin embargo, el acceso a la Internet en los países en vías de desarrollo se ha expandido considerablemente en los últimos años, sobre todo en los tipos de profesionales que fueron los participantes elegidos como objetivo en esta encuesta. Si este tipo de estudio internacional multilingüe podía llevarse a cabo de manera eficaz por vía electrónica, sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos, esto tendría repercusiones importantes para expandir el acceso y la participación en otros estudios de campo como parte de la elaboración de la ICD-11.

## MÉTODOS

A finales de 2009, la WPA y la WHO (Maj y Saxena) escribieron de manera conjunta a los presidentes de todas las asociaciones integrantes de la WPA para preguntarles sobre su interés en participar en diversos aspectos del proceso de actualización de la clasificación de los trastornos mentales y de la conducta de la ICD-10. Una de las opciones de participación presentadas fue la de participar en una encuesta global sobre las experiencias y actitudes de los psiquiatras en torno a la ICD-10 y otras clasificaciones de los trastornos mentales. Se pidió a las asociaciones que señalaran si estaban interesadas en participar, si tenían la capacidad para llevar a cabo de manera sistemática la encuesta y si sus miembros podrían participar en una encuesta en idioma inglés y, de lo contrario, si la asociación podría traducir la encuesta en el idioma que utilizaban la mayoría de sus miembros. Cincuenta y dos asociaciones respondieron que estaban interesadas en participar en tal encuesta.

La encuesta fue elaborada por Red, EAJ y Saxena, con la participación de G. Mellsop (Waikato Hospital, Nueva Zelanda) y W. Gaebel y J. Zielasek (Universidad de Düsseldorf, Alemania), de cuyas encuestas previas (5,6,9) se adaptaron algunas preguntas para la encuesta actual. Las preguntas sobre la adecuación de la adaptación fueron adaptadas del estudio de campo (11) de las Descripciones Clínicas y Directrices Diagnósticas para los Trastornos Mentales y de la Conducta de la ICD-10 (12). El Comité Ejecutivo de la WPA también



proporcionó retroalimentación para la encuesta (véase al final Agradecimientos).

Después de elaborar la encuesta en inglés, la WHO llevó a cabo su traducción al francés y al español, utilizando expertos de múltiples países (véase Agradecimientos) y una metodología de traducción explícita que incluyó la traducción recíproca. A las asociaciones integrantes de la WPA que habían señalado que deseaban traducir la encuesta a sus idiomas locales se les facilitó una serie de materiales de traducción y una metodología de traducción que comprendió instrucciones, equivalencias temáticas y conceptuales, traducción directa, traducción inversa y resolución de diferencias entre los traductores. Las asociaciones integrantes de la WPA produjo las traducciones tema por tema conforme a estas instrucciones en 16 idiomas adicionales (véase tabla 1).

La encuesta fue preparada para administrarse en todos los idiomas a través de Internet utilizando la plataforma electrónica de encuestas Qualtrics (véase [www.qualtrics.com](http://www.qualtrics.com)). Se programó la encuesta para presentar sólo las preguntas que eran pertinentes a un informante específico, dependiendo de sus respuestas previas. Por ejemplo, las preguntas relativas al uso de las categorías específicas de la ICD-10 se omitieron para los informantes que señalaban que no utilizaban la ICD-10 en su ejercicio clínico.

Se enviaron paquetes de la encuesta a todas las sociedades participantes, los que contenían instrucciones para administración y la invitación inicial así como los mensajes de recordatorio para enviar a sus miembros. Se proporcionaron mensajes en inglés, francés y español a las asociaciones pertinentes y se pidió a otras asociaciones que tradujesen la invitación y los mensajes de recordatorio a sus idiomas locales. Se informó a las asociaciones integrantes de la WPA participantes que los datos de la encuesta recabados de sus miembros serían propiedad conjunta de la WPA, la WHO y la asociación correspondiente, que se les proporcionaría los resultados de la encuesta de su propio grupo de miembros y que tendrían la libertad de publicar los resultados de la encuesta de sus propios miembros después de la publicación de los datos internacionales por la WPA y la WHO.

A las asociaciones integrantes de la WPA que según los registros de la WPA tenían más de 1.000 miembros se les pidió que de manera aleatoria seleccionaran 500 miembros idóneos para invitarlos a participar. A las asociaciones integrantes que tenían menos de 1.000 miembros se les pidió que invitaran a todos los miembros idóneos. Los miembros idóneos se definieron como todos los psiquiatras miembros de la asociación que habían finalizado su formación.

Se pidió a las asociaciones integrantes de la WPA participantes que enviaran un mensaje de invitación inicial normal por correo electrónico o correo postal a la muestra seleccionada y mensajes de recordatorio a toda la muestra seleccionada a las dos semanas y a las seis semanas después de la petición inicial. Se pidió a las asociaciones participantes que después de haber enviado el segundo mensaje de recordatorio, regresaran el Formulario de Seguimiento de Participación, señalando el número de miembros de la asociación, el número de miembros invitados, el número de invitaciones remitidas por correo electrónico y por correo postal así como el número de mensajes de invitación devueltos por no haberse podido entregar a su destinatario y las fechas en que se enviaron las invitaciones iniciales y el mensaje de recordatorio.

La invitación inicial y los mensajes de recordatorio contenían un enlace (dirección en Internet) a la encuesta en línea que era

específico de cada asociación integrante que participó. Cuando el informante pulsaba el botón de enlace (o ingresaba en la dirección de Internet en su buscador de la red) se le dirigía a una página que explicaba la finalidad de la encuesta, su carácter anónimo y voluntario, el tiempo necesario y su aprobación por el Comité de Análisis de Ética de la Investigación de la WHO y proporcionaba información de contacto relevante en caso de preguntas o comentarios. Para proceder a la encuesta, el informante tenía que afirmar si era psiquiatra que había terminado su capacitación y si deseaba participar en el estudio.

Después de recibir los paquetes de la encuesta, dos asociaciones (la Sociedad Cubana de Psiquiatría y la Sociedad Psiquiátrica Pakistaní —establecieron contacto con la WPA y señalaron que consideraban que sus miembros no podían participar en una encuesta a través de Internet. A estas asociaciones se les proporcionó una versión manual de la encuesta que tenía exactamente el mismo contenido. El mensaje de invitación adjunto a la encuesta manual proporcionaba a los posibles informantes la opción de participación a través de la Internet o mediante el llenado manual de la encuesta y su envío a su Asociación por correo postal.

Se presentan aquí los datos de las 46 asociaciones integrantes de la WPA en 44 países que pusieron en práctica la encuesta. La participación por las asociaciones integrantes tuvo lugar durante un periodo de 11 meses, debido al tiempo necesario para que las asociaciones llevaran a cabo las traducciones, hicieran otros preparativos y pusieran en práctica la encuesta. Los datos presentados aquí fueron recabados entre el 3 de mayo de 2010 y el 1 de abril de 2011.

## RESULTADOS

Un total de 4.487 psiquiatras de todo el mundo participaron en la encuesta. En la tabla 1 se proporciona una lista de las asociaciones integrantes de la WPA participantes, los países, los idiomas en que se aplicó la encuesta, el número de participantes de cada asociación, la tasa de respuesta, la media de edad de los encuestados, el número medio de años de experiencia profesional y la proporción de hombres a mujeres para cada una. Las respuestas de la tabla 1 también están agrupadas conforme a las seis regiones mundiales de la WHO —AFRO (principalmente África subsahariana), AMRO (los países de América), EMRO (mediterráneo oriental/África del norte), EURO (Europa), SEARO (sureste de Asia) y WPRO (pacífico occidental)— y en toda la muestra mundial. Los totales ponderados que se presentan en la tabla 1 y en otra parte de este artículo representan promedios de totales de un país divididos entre el número de informantes para ese país, de manera que cada país es ponderado de manera igual, y por tanto se hizo un ajuste con respecto a las diferencias del tamaño de la muestra entre los países. Una comparación de las estadísticas no ponderadas y ponderadas proporciona una indicación de si las asociaciones con muestras considerables contribuyeron en forma desproporcionada al resultado global.

### Tasas de respuesta

Las tasas de respuesta para cada asociación integrante de la WPA que participó en la encuesta a través de Internet se calcularon dividiendo el número total de psiquiatras de esa sociedad que tuvieron acceso a la página Web de la encuesta y

**Tabla 1.** Asociaciones integrantes de la WPA participantes, tasas de respuesta, características demográficas y uso de la clasificación

| País        | Asociación integrante de la WPA                    | Idioma de la encuesta | Número de respuestas | Tasa de respuesta | Media de edad (años) | Media de años de experiencia profesional | Proporción hombres/mujeres | Media de horas-paciente /semana | % de uso de la clasificación formal a menudo/siempre | % de uso muy frecuente de la ICD-10 |
|-------------|----------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Kenia       | Asociación Psiquiátrica de Kenia                   | Inglés                | 14                   | 22%               | 46.4                 | 9.9                                      | 0.57                       | 24.6                            | 77%                                                  | 0%                                  |
| Nigeria     | Asociación de Psiquiatras de Nigeria               | Inglés                | 18                   | 36%               | 48.6                 | 12.4                                     | 0.78                       | 19.2                            | 94%                                                  | 83%                                 |
| Sudáfrica   | Asociación Sudafricana de Psiquiatras              | Inglés                | 51                   | 24%               | 51.0                 | 14.2                                     | 0.41                       | 29.1                            | 95%                                                  | 20%                                 |
| Región AFRO |                                                    | No ponderado          | 83                   | 26%               | 49.7                 | 13.1                                     | 0.52                       | 25.9                            | 92%                                                  | 32%                                 |
|             |                                                    | Ponderado             | 83                   | 27%               | 48.6                 | 12.2                                     | 0.59                       | 24.3                            | 89%                                                  | 35%                                 |
| Argentina   | Asociación de Psiquiatras Argentinos               | Español               | 173                  | 85%               | 55.4                 | 22.6                                     | 0.51                       | 28.8                            | 70%                                                  | 16%                                 |
| Brasil      | Asociación Brasileña de Psiquiatría                | Portugués             | 77                   | 18%               | 43.9                 | 14.9                                     | 0.61                       | 32.4                            | 84%                                                  | 88%                                 |
| Chile       | Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía | Español               | 27                   | 14%               | 52.4                 | 20.7                                     | 0.56                       | 31.3                            | 74%                                                  | 37%                                 |
| Colombia    | Asociación Colombiana de Psiquiatría               | Español               | 28                   | 11%               | 45.8                 | 14.0                                     | 0.71                       | 34.2                            | 100%                                                 | 54%                                 |
| Costa Rica  | Asociación Psiquiátrica Costarricense              | Español               | 15                   | 9%                | 46.2                 | 15.1                                     | 0.60                       | 34.0                            | 93%                                                  | 47%                                 |
| Cuba        | Sociedad Cubana de Psiquiatría                     | Español               | 26                   | 55%               | 48.3                 | 18.0                                     | 0.50                       | 24.6                            | 100%                                                 | 21%                                 |
| Honduras    | Sociedad Hondureña de Psiquiatría                  | Español               | 26                   | 65%               | 50.6                 | 14.8                                     | 0.54                       | 19.0                            | 81%                                                  | 62%                                 |
| Perú        | Asociación Psiquiátrica Peruana                    | Español               | 77                   | 27%               | 58.0                 | 23.5                                     | 0.81                       | 25.7                            | 89%                                                  | 80%                                 |
| USA         | Asociación Psiquiátrica Estadounidense             | Inglés                | 91                   | 21%               | 58.9                 | 24.3                                     | 0.60                       | 26.3                            | 84%                                                  | 1%                                  |
| Región AMRO |                                                    | No ponderado          | 540                  | 26%               | 53.2                 | 20.6                                     | 0.60                       | 28.3                            | 81%                                                  | 40%                                 |
|             |                                                    | Ponderado             | 540                  | 34%               | 51.1                 | 18.7                                     | 0.60                       | 28.5                            | 86%                                                  | 45%                                 |
| Egipto      | Asociación Psiquiátrica Egipcia                    | Inglés                | 79                   | 29%               | 45.4                 | 16.4                                     | 0.71                       | 30.3                            | 69%                                                  | 55%                                 |
| Irak        | Sociedad Iraquí de Psiquiatras                     | Inglés                | 14                   | 39%               | 56.0                 | 18.9                                     | 1.00                       | 30.0                            | 92%                                                  | 77%                                 |
| Marruecos   | Sociedad Marroquí de Psiquiatría                   | Francés               | 38                   | 54%               | 44.6                 | 12.1                                     | 0.45                       | 26.9                            | 67%                                                  | 22%                                 |
| Paquistán   | Sociedad Psiquiátrica Paquistaní                   | Inglés                | 184                  | 84%               | 47.9                 | 13.0                                     | 0.85                       | 30.9                            | 73%                                                  | 87%                                 |
| Región EMRO |                                                    | No ponderado          | 315                  | 52%               | 47.2                 | 14.0                                     | 0.77                       | 30.2                            | 72%                                                  | 71%                                 |
|             |                                                    | Ponderado             | 315                  | 51%               | 48.5                 | 15.1                                     | 0.75                       | 29.5                            | 75%                                                  | 60%                                 |

| <b>País</b>          | <b>Asociación integrante de la WPA</b>                     | <b>Idioma de la encuesta</b> | <b>Número de respuestas</b> | <b>Tasa de respuesta</b> | <b>Media de edad (años)</b> | <b>Media de años de experiencia profesional</b> | <b>Proporción hombres/mujeres</b> | <b>Media de horas-paciente /semana</b> | <b>% de uso de la clasificación formal a menudo/siempre</b> | <b>% de uso muy frecuente de la ICD-10</b> |
|----------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Armenia              | Asociación Psiquiátrica Armenia                            | Armenio                      | 103                         | 88%                      | 50.3                        | 20.7                                            | 0.48                              | 31.2                                   | 88%                                                         | 96%                                        |
| Austria              | Asociación Austriaca para la Psiquiatría y la Psicoterapia | Inglés/alemán                | 97                          | 10%                      | 47.2                        | 12.0                                            | 0.59                              | 26.0                                   | 76%                                                         | 93%                                        |
| Bosnia y Herzegovina | Asociación Psiquiátrica de Bosnia-Herzegovina              | Bosnio                       | 34                          | 38%                      | 49.4                        | 12.9                                            | 0.35                              | 28.0                                   | 94%                                                         | 88%                                        |
| Rep. Checa           | Sociedad Psiquiátrica Checa                                | Checo                        | 125                         | 13%                      | 50.7                        | 21.0                                            | 0.50                              | 20.3                                   | 84%                                                         | 93%                                        |
| Finlandia            | Asociación Psiquiátrica Finlandesa                         | Inglés                       | 147                         | 20%                      | 52.9                        | 15.6                                            | 0.55                              | 21.4                                   | 86%                                                         | 94%                                        |
| Francia              | Asociación Francesa de Psiquiatras en Ejercicio Privado    | Francés                      | 145                         | 23%                      | 58.9                        | 27.0                                            | 0.55                              | 37.8                                   | 14%                                                         | 42%                                        |
| Francia              | Sociedad de Información Psiquiátrica                       | Francés                      | 113                         | 23%                      | 55.3                        | 24.6                                            | 0.52                              | 28.8                                   | 64%                                                         | 71%                                        |
| Alemania             | Asociación Alemana para Psiquiatría y Psicoterapia         | Alemán                       | 194                         | 42%                      | 49.5                        | 11.7                                            | 0.68                              | 22.4                                   | 95%                                                         | 96%                                        |
| Italia               | Sociedad Psiquiátrica Italiana                             | Italiano                     | 76                          | 15%                      | 52.5                        | 20.6                                            | 0.59                              | 26.2                                   | 64%                                                         | 26%                                        |
| Kirguistán           | Asociación Psiquiátrica de Kirguistán                      | Ruso                         | 14                          | 93%                      | 44.0                        | 16.3                                            | 0.29                              | 8.1                                    | 100%                                                        | 100%                                       |
| FYRO Macedonia       | Asociación Psiquiátrica de Macedonia                       | Macedonio                    | 31                          | 31%                      | 52.5                        | 15.9                                            | 0.45                              | 25.9                                   | 93%                                                         | 100%                                       |
| Montenegro           | Asociación Psiquiátrica Montenegrina                       | Montenegrino                 | 22                          | 73%                      | 46.6                        | 9.0                                             | 0.23                              | 24.3                                   | 95%                                                         | 86%                                        |
| Polonia              | Asociación Psiquiátrica Polaca                             | Polaco                       | 206                         | 43%                      | 41.7                        | 9.7                                             | 0.48                              | 35.4                                   | 91%                                                         | 96%                                        |
| Rumania              | Asociación Psiquiátrica Rumana                             | Rumano                       | 87                          | 18%                      | 42.9                        | 10.4                                            | 0.29                              | 29.8                                   | 94%                                                         | 72%                                        |
| Federación Rusa      | Sociedad Rusa de Psiquiatras                               | Ruso                         | 298                         | 51%                      | 43.2                        | 15.9                                            | 0.54                              | 17.0                                   | 92%                                                         | 92%                                        |
| Serbia               | Asociación Psiquiátrica Serbia                             | Serbio                       | 71                          | 10%                      | 45.7                        | 12.0                                            | 0.30                              | 25.6                                   | 94%                                                         | 96%                                        |
| Eslovenia            | Asociación Psiquiátrica de Eslovenia                       | Esloveno                     | 14                          | 7%                       | 46.6                        | 13.0                                            | 0.43                              | 30.7                                   | 93%                                                         | 100%                                       |
| España               | Asociación Española de Neuropsiquiatría                    | Español                      | 56                          | 7%                       | 50.1                        | 19.9                                            | 0.73                              | 32.0                                   | 90%                                                         | 67%                                        |
| España               | Sociedad Española de Psiquiatría                           | Español                      | 128                         | 26%                      | 53.9                        | 23.3                                            | 0.73                              | 26.8                                   | 88%                                                         | 46%                                        |
| Suecia               | Asociación Psiquiátrica Sueca                              | Inglés                       | 129                         | 26%                      | 58.6                        | 18.3                                            | 0.57                              | 21.3                                   | 81%                                                         | 61%                                        |

| País                      | Asociación integrante de la WPA                                     | Idioma de la encuesta | Número de respuestas | Tasa de respuesta | Media de edad (años) | Media de años de experiencia profesional | Proporción hombres/mujeres | Media de horas-paciente /semana | % de uso de la clasificación formal a menudo/siempre | % de uso muy frecuente de la ICD-10 |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Suiza                     | Sociedad Suiza de Psiquiatría                                       | Inglés                | 431                  | 28%               | 54.3                 | 17.9                                     | 0.63                       | 26.1                            | 67%                                                  | 93%                                 |
| Turquía                   | Asociación Psiquiátrica de Turquía/Sociedad Neuropsiquiátrica Turca | Turco                 | 148                  | 37%               | 44.5                 | 12.9                                     | 0.59                       | 28.3                            | 85%                                                  | 36%                                 |
| Reino Unido               | Universidad Real de Psiquiatría                                     | Inglés                | 105                  | 22%               | 48.1                 | 12.7                                     | 0.59                       | 19.2                            | 69%                                                  | 86%                                 |
| Región EURO               |                                                                     | No ponderado          | 2774                 | 24%               | 50.0                 | 16.6                                     | 0.55                       | 25.8                            | 79%                                                  | 80%                                 |
|                           |                                                                     | Ponderado             | 2774                 | 32%               | 49.1                 | 15.6                                     | 0.49                       | 25.2                            | 84%                                                  | 81%                                 |
| India                     | Sociedad Psiquiátrica Hindú                                         | Inglés                | 386                  | 23%               | 43.5                 | 12.8                                     | 0.87                       | 32.3                            | 79%                                                  | 71%                                 |
| Tailandia                 | Asociación Psiquiátrica de Tailandia                                | Inglés                | 77                   | 27%               | 44.2                 | 13.8                                     | 0.44                       | 22.0                            | 84%                                                  | 43%                                 |
| Región SEARO              |                                                                     | No ponderado          | 463                  | 23%               | 43.6                 | 13.0                                     | 0.80                       | 30.6                            | 80%                                                  | 66%                                 |
|                           |                                                                     | Ponderado             | 463                  | 25%               | 43.9                 | 13.3                                     | 0.66                       | 27.1                            | 82%                                                  | 57%                                 |
| Australia y Nueva Zelanda | Royal Australian and NZ College of Psychiatrists                    | Inglés                | 80                   | 16%               | 52.4                 | 16.7                                     | 0.59                       | 22.3                            | 65%                                                  | 15%                                 |
| Hong Kong (China)         | Hong Kong College of Psychiatrists                                  | Inglés                | 50                   | 19%               | 45.4                 | 15.2                                     | 0.62                       | 29.8                            | 94%                                                  | 76%                                 |
| Japón                     | Sociedad Japonesa de Psiquiatría y Neurología                       | Japonés               | 355                  | 71%               | 56.2                 | 24.5                                     | 0.83                       | 29.0                            | 74%                                                  | 79%                                 |
| Malasia                   | Asociación Psiquiátrica Malasia                                     | Inglés                | 16                   | 8%                | 47.9                 | 12.1                                     | 0.63                       | 26.9                            | 69%                                                  | 19%                                 |
| RP China                  | Sociedad China de Psiquiatría                                       | Chino                 | 211                  | 73%               | 47.1                 | 16.9                                     | 0.70                       | 21.8                            | 91%                                                  | 49%                                 |
| Región WPRO               |                                                                     | No ponderado          | 712                  | 41%               | 52.1                 | 20.4                                     | 0.74                       | 26.1                            | 79%                                                  | 61%                                 |
|                           |                                                                     | Ponderado             | 712                  | 37%               | 49.8                 | 17.1                                     | 0.67                       | 26.0                            | 79%                                                  | 47%                                 |
| TOTAL no ponderado        |                                                                     |                       | 4887                 | 26%               | 49.9                 | 17.1                                     | 0.62                       | 26.9                            | 79%                                                  | 70%                                 |
| TOTAL ponderado por país  |                                                                     |                       | 4887                 | 34%               | 49.3                 | 16.0                                     | 0.57                       | 26.4                            | 83%                                                  | 64%                                 |



accedieron a participar entre el número total de participantes invitados por la asociación menos cualquier invitación por correo electrónico o por correo postal que se hubiese regresado. Para las encuestas manuales efectuadas en Cuba y Pakistán, la tasa de respuesta representa el número de encuestas que se llenaron y se regresaron divididas entre el total de enviadas menos cualquiera que se hubiese regresado por no haberse podido entregar. En la tabla 1 se muestran las tasas de respuesta para cada asociación participante y las tasas de respuesta combinadas según región y en general.

Como se muestra en la tabla 1, la respuesta global en general ponderada fue 34%. Sin embargo, la tasa de respuesta varió considerablemente según cada asociación, desde un 7% (Asociación Psiquiátrica Sloveniana, Asociación Neuropsiquiátrica Española) hasta 93% (Asociación Psiquiátrica de Kirguistán). Según la región de la WHO, las tasas de respuesta ponderadas fueron más bajas para la SEARO (25%) y más altas para la EMRO (51%). Para valorar la repercusión del nivel de ingresos por país en la participación en la encuesta por Internet, basada en la posibilidad de que los países con menos recursos tendrían menos posibilidades tecnológicas de participar, se calcularon las tasas de respuesta ponderadas para los países agrupados según el nivel de ingresos del país registrado en el Banco Mundial (13). La media de la tasa de respuesta ponderada fue 48% para los países con bajos ingresos, 48% para los países con ingresos bajos a medianos, 30% para los países con ingresos medianos altos y 24% para los países con ingresos altos.

### Tiempo de respuesta

Puesto que la respuesta se administró electrónicamente, fue posible captar el tiempo invertido por cada participante para llenarla. Para la muestra global, la media del tiempo de respuesta fue 21,8 minutos (media ponderada de 21,8 minutos). Los tiempos de respuesta de menos de cinco minutos fueron excluidos de este cálculo, lo mismo que los tiempos de respuesta de más de dos horas (la plataforma de la encuesta permitía no finalizar la encuesta y regresar más tarde para llenarla, de manera que el empleo de un máximo de dos horas posiblemente daría por resultado una sobreestimación del tiempo de respuesta). El tiempo de respuesta promedio fue más breve para Italia (13,5 minutos) y más prolongado para Nigeria (34,8 minutos). El tiempo de respuesta estaría influido tanto por la rapidez de la conectividad a Internet como por el tipo de respuestas de los participantes. Por ejemplo, a los informantes que comunicaron que no utilizaban un sistema de clasificación formal no se les hicieron preguntas subsiguientes sobre el empleo de categorías diagnósticas específicas.

### Grado de contacto con los pacientes

En general, 96,7% de los psiquiatras participantes informaron que en la actualidad atendían a pacientes (97,0% ponderados según país). Las preguntas subsiguientes con respecto al trabajo clínico cotidiano no se planteaban en la encuesta electrónica a los psiquiatras que no atendían a pacientes. De los que comunicaron que atendían a pacientes, 13,8% informaron que atendían a pacientes entre una y nueve horas durante una semana típica, 22,3% entre 10 y 19 horas, 44,9% entre 20 y 40 horas y 18,8% más de 40 horas. A fin de facilitar las comparaciones

entre las asociaciones y las regiones, las respuestas categóricas a esta pregunta fueron transformadas en una variable continua estableciendo «entre una y nueve horas» en cinco, «entre 10 y 19 horas» en 15, «entre 20 y 40» en 30 y «más de 40 horas» en 50. La tabla 1 muestra el número medio transformado que se obtuvo de horas-paciente por semanas según cada asociación, región de la WHO y para la muestra global.

### El empleo regular de un sistema de clasificación formal

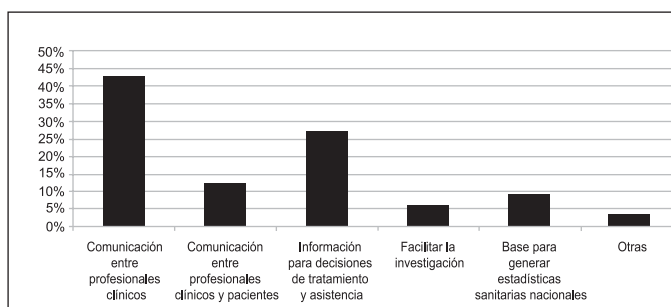
A todos los participantes que informaron que atendían a pacientes se les preguntó: «¿Cómo parte de su trabajo clínico cotidiano, cuánto tiempo utiliza un sistema de clasificación formal para los trastornos mentales, tales como la ICD, el DSM o una clasificación nacional?». En general, el empleo de sistemas de clasificación entre los psiquiatras participantes en la encuesta fue alto y un 79,2% de los psiquiatras de la muestra global que atienden a pacientes (83,3% ponderado) informó que «a menudo» o «casi siempre/siempre» utilizaba un sistema de clasificación formal como parte de su trabajo clínico cotidiano. Un 14,1% adicional (11,7% ponderado) indicó que «a veces» utilizaba un sistema de clasificación formal como parte de su trabajo clínico cotidiano. En la tabla 1 se muestra la proporción de participantes para cada asociación que informó utilizar un sistema de clasificación formal «a menudo» o «casi siempre/siempre», por contraposición a los que sólo «en ocasiones», «pocas veces» o «nunca» lo hacían, lo mismo que los resultados combinados no ponderados y ponderados según región de la WHO y en general.

### Sistema de clasificación más utilizado

A los participantes que atendían a pacientes se les preguntó: «En su trabajo clínico cotidiano, ¿cuál sistema de clasificación de los trastornos mentales utiliza más?». En general un 70,1% de la muestra global (63,9% ponderado) informó que la ICD-10 era el sistema de clasificación que más utilizaba en su trabajo clínico cotidiano. La mayor parte de los participantes restantes (23,0% no ponderado; 29,9% ponderado) informó que los sistemas que utilizan más a menudo eran el DSM-IV, pero un 5,6% (5,2% ponderado) informó el empleo de otro sistema de clasificación, como la Clasificación China de los Trastornos Mentales, el Glosario Cubano de Psiquiatría o la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales de Niños y Adolescentes, en tanto que el 1,3% (1,0% ponderado) informó que utilizaba la ICD-9 o la ICD-8. La tabla 1 muestra los porcentajes de psiquiatras participantes de cada asociación integrante de la WPA que informó que la ICD-10 era el sistema de clasificación que más utilizaban en el trabajo clínico cotidiano, así como los totales combinados según región y para la muestra global.

### Propósito más importante de la clasificación

A todos los psiquiatras participantes, incluidos los que no atienden a pacientes, se les preguntó: «Desde su perspectiva, ¿cuál es el propósito individual más importante de un sistema de clasificación diagnóstica?». En la figura 1 se muestran las respuestas globales en general. El propósito más importante de un sistema de clasificación diagnóstica, desde la perspectiva de los informantes, es la comunicación entre los profesionales



**Figura 1.** Porcentajes de psiquiatras participantes que aprobaron seis opciones de respuesta para el propósito individual más importante de un sistema de clasificación diagnóstica de los trastornos mentales.

clínicos, seguido de brindar información que ayude a tomar decisiones de tratamiento y asistencia.

### Número de categorías idóneas

A todos los participantes se les preguntó: «En circunstancias clínicas, cuántas categorías diagnósticas debiera contener un sistema de clasificación para que fuese más útil a los profesionales de la salud mental?». La gran mayoría estuvo a favor de un sistema con categorías considerablemente menos numerosas que los sistemas de clasificación actual: un 40,4% respondió que un sistema de clasificación con entre 10 y 30 categorías sería muy útil (39,5% ponderado), un 47,1% prefirió un sistema de clasificación con 31 a 100 categorías (46,9% ponderado), un 9,2% un sistema de clasificación con 101-200 categorías (9,6% ponderado) y sólo el 3,3% un sistema con más de 200 categorías (4,0% ponderado). Tanto la ICD-10 como el DSM-IV contienen más de 200 categorías.

### El empleo del sistema de clasificación por profesionales no psiquiatras

En general, el 79,5% de los informantes (79,6% ponderado) dijo que estaban de acuerdo por completo o en gran parte con la aseveración «Un sistema de clasificación diagnóstico debiera servir de referencia útil no sólo para los psiquiatras sino también para otros profesionales de la salud mental (p. ej., psicólogos, trabajadoras sociales, enfermeras psiquiátricas)» y un 15,5% (15,6% ponderado) respondieron que estaban un poco de acuerdo. Así mismo, un 60,4% (61,6% ponderado) estuvo de acuerdo por completo en gran parte con que «Un sistema de clasificación diagnóstica debiera ser comprensible a los usuarios de servicios, defensores de pacientes, administradores y otras personas pertinentes lo mismo que a los profesionales sanitarios» y un 28,2% (27,3% ponderado) estuvo un poco de acuerdo.

Alrededor de dos tercios de los informantes (66,1% no ponderado, 64,8% ponderado) dijeron que los médicos de atención primaria debieran contar con un sistema de clasificación modificado/más sencillo de los trastornos mentales, en tanto que alrededor de un tercio (33,9% no ponderado, 35,2% ponderado) consideraron que los médicos de atención primaria debieran utilizar el mismo sistema de clasificación que los profesionales de la salud mental especializados.

### Criterios estrictos frente a guía flexible

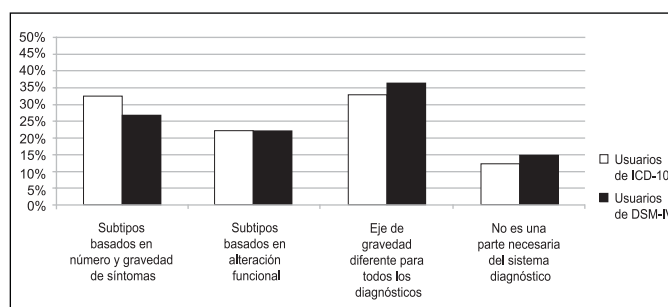
Sólo una minoría de los participantes (30,7% no ponderado, 31,1% ponderado) indicó que para una máxima utilidad en circunstancias clínicas un manual diagnóstico debiera contener criterios claros y estrictos especificados) para todos los trastornos. La gran mayoría (69,3% no ponderado, 68,9% ponderado) señaló que preferirían una guía diagnóstica que fuese lo suficiente flexible para permitir la variación intercultural y el criterio clínico. Esta es una de las principales diferencias entre el enfoque adoptado por las Descripciones Clínicas y Directrices Diagnósticas de la ICD-10 (12) y el del DSM-IV, de manera que fue pertinente comparar las respuestas de los usuarios de la ICD-10 y los usuarios del DSM-IV a esta pregunta. Una proporción ligeramente mayor de usuarios del DSM-IV globales (72,3%) en comparación con los usuarios de la ICD-10 (68,3%) expresó una preferencia por una guía flexible en vez de criterios estrictos ( $p < 0,05$ ).

### Gravedad

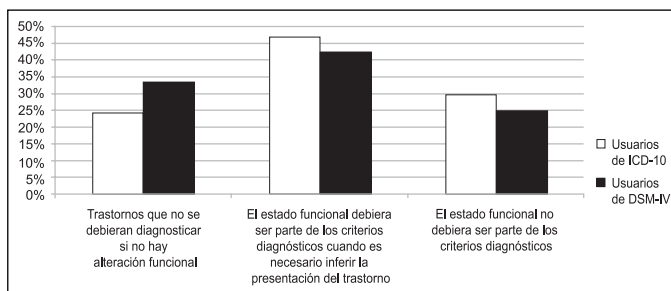
A todos los psiquiatras participantes se les pidió su opinión sobre la mejor manera de un sistema diagnóstico de abordar el concepto de la gravedad. En este tema no hubo una opinión mayoritaria. Puesto que es un aspecto importante tanto en la ICD-10 como en las actualizaciones del DSM-IV (14), en la figura 2 se muestran los resultados de los informantes que utilizan con más frecuencia la ICD-10 en comparación con quienes utilizan con más frecuencia el DSM-IV. Las respuestas de estos dos grupos fueron notablemente diferentes entre sí ( $p < 0,01$ ) y los usuarios del DSM-IV tuvieron más posibilidades que los usuarios de la ICD-10 de estar a favor de un eje diferente que permitiese una valoración global de la gravedad que se pudiese utilizar para todos los diagnósticos, y menos posibilidades de decir que un sistema de clasificación debiera proporcionar subtipos de categorías diagnósticas relevantes (p. ej., episodio depresivo leve, moderado o grave) basándose en el número o la gravedad de los síntomas presentes.

### Estado funcional

Se preguntó a los participantes: ¿cuál es la mejor manera de un sistema diagnóstico de conceptualizar la relación entre el diagnóstico y el estado funcional (p. ej., ¿alteración de los cui-



**Figura 2.** Porcentajes de usuarios globales de la ICD-10 y el DSM-IV que aprobaron cuatro opciones sobre la mejor manera de abordar la gravedad en los sistemas de clasificación de los trastornos mentales.



**Figura 3.** Porcentajes de usuarios globales de la ICD-10 y el DSM-IV que aprobaron tres opciones para los sistemas de clasificación diagnóstica para conceptualizar la relación entre diagnóstico y estado funcional.

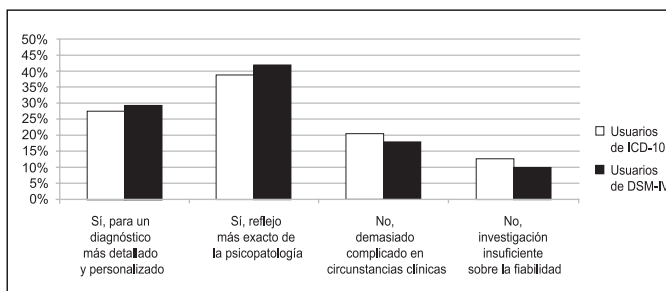
datos personales o funcionamiento laboral)?». De nuevo, dada la importancia de este aspecto tanto para las actualizaciones de la ICD-10 como del DSM-IV (15), en la figura 3 se muestran las respuestas a esta pregunta para los usuarios de la ICD-10 en comparación con los usuarios del DSM-IV. Las respuestas de los usuarios del ICD-10 y del DSM-IV fueron notablemente diferentes entre sí ( $p < 0,0001$ ). Aunque la respuesta más frecuente para los dos grupos fue que «el estado funcional debiera ser un criterio diagnóstico para algunos trastornos mentales, cuando es necesario inferir la presentación de un trastorno a partir de sus consecuencias funcionales», los usuarios de la ICD-10 con más frecuencia estuvieron de acuerdo con esta opción. Los usuarios de la ICD-10 también tuvieron más posibilidades de decir que «no se debiera incluir siquiera en los criterios diagnósticos el estado funcional», en tanto que los usuarios del DSM-IV tuvieron más posibilidades de decir que «la alteración funcional debiera ser un criterio diagnóstico para la mayor parte de los trastornos mentales; si no hay alteración funcional, entonces no se debiera diagnosticar un trastorno». Este resultado es paralelo a la diferencia en la forma en que en la actualidad se consideran los aspectos del estado funcional y la importancia clínica en los dos sistemas.

### Un componente dimensional

Se les pidió a los participantes que indicaran si consideraban que un sistema diagnóstico debiera incorporar un componente dimensional, en el que algunos trastornos se valoraran en una escala en vez de sólo señalar si estaban presentes o no presentes. En la figura se muestran las respuestas de los usuarios a la ICD-10 y al DSM-IV. Aunque las respuestas de estos dos grupos son notablemente diferentes ( $p < 0,05$ ) los patrones son similares. La mayoría de los dos grupos estuvieron a favor de incluir un componente dimensional, sea porque volvería más detallado y personalizado el sistema diagnóstico o porque sería un reflejo más exacto del trastorno psicopatológico subyacente. Sólo una minoría dijo que un sistema dimensional sería demasiado complicado de utilizar en casi todos los sistemas clínicos y que no se contaba con pruebas suficientes en relación con la fiabilidad de tal enfoque.

### Depresión y sucesos vitales adversos

Se pidió a los participantes que indicasen si consideraban que se debiera establecer un diagnóstico de depresión cuan-

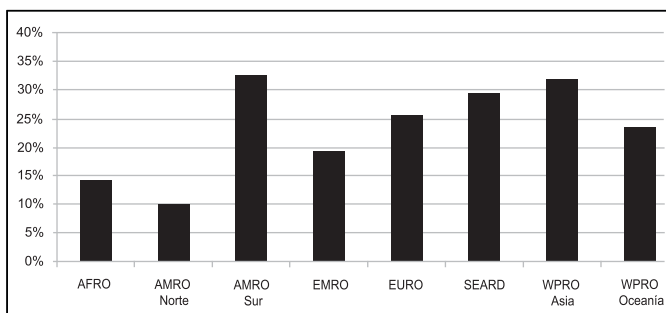


**Figura 4.** Porcentajes de usuarios globales de la ICD-10 y el DSM-IV que aprobaron cuatro opciones para determinar si un sistema de clasificación diagnóstica debiera incorporar un componente dimensional.

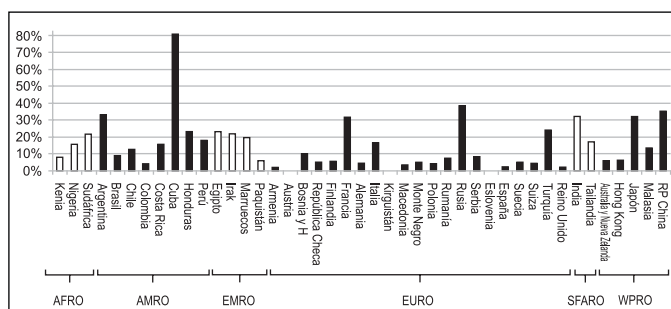
do los síntomas depresivos son una respuesta proporcionada a un suceso vital adverso (p. ej., la pérdida del trabajo o del hogar, divorcios). Casi dos terceras partes (64,1% no ponderado, 64,3% ponderado) dijeron que sí, que si se presenta todo el síndrome depresivo, se debiera establecer el diagnóstico independientemente de que hubiesen sucesos vitales que pudiesen explicarlo; los informantes restantes señalaron que no se debiera considerar como un trastorno mental una respuesta proporcionada a un suceso vital adverso.

### Aplicabilidad cultural y necesidad de una clasificación nacional

A los participantes que atienden a pacientes se les pidió que calificaran su grado de acuerdo con la declaración: «El sistema diagnóstico que utilizo es difícil de aplicar de manera intercultural o cuando el paciente o usuario del servicio tienen sus propios antecedentes culturales o étnicos diferentes». Casi tres cuartas partes de los informantes (74,8% no ponderado; 71,3% ponderado) dijeron que estaban de acuerdo al menos en parte con esta declaración. En la figura 5 se muestra la proporción de psiquiatras según región de la WHO que en su mayor parte o por completo estuvieron de acuerdo con la declaración. Para este análisis, el segmento de USA (AMRO Norte) se separó de Latinoamérica (AMRO Sur) y Australia y Nueva Zelanda (WPRO Oceanía) se separaron de Asia (WPRO Asia).



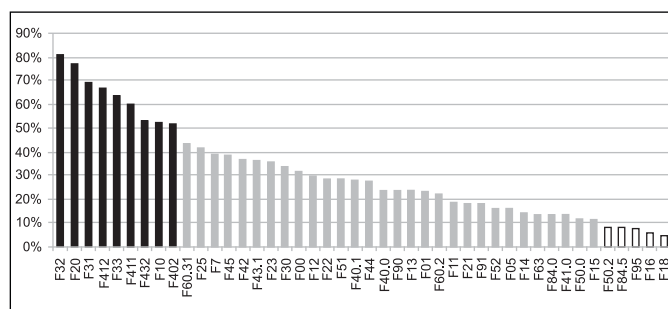
**Figura 5.** Porcentaje de psiquiatras según región mundial que señalaron que estaban de acuerdo en su mayor parte o por completo con la aseveración «El sistema diagnóstico que utilizo es difícil de aplicar en otra cultura o cuando el paciente o usuario del servicio tiene un antecedente cultural o étnico diferente al mío».



**Figura 6.** Porcentajes de psiquiatras, según país y región de la WHO, que señalaron que consideraban necesario contar en sus países con una clasificación nacional de los trastornos mentales.

gran parte o por completo estaban de acuerdo, en contraste con sólo un 10% de los psiquiatras en Estados Unidos.

Una pregunta relacionada que se hizo a todos los participantes fue si consideraban que era necesaria una clasificación nacional de los trastornos mentales (es decir, una clasificación específica de cada país que no fuese una traducción de la ICD-10). A los participantes en Estados Unidos no se les hizo esta pregunta. La figura 6 muestra el porcentaje de psiquiatras, según país y dentro de la región de la WHO, que señalaron que pensaban que tal clasificación era necesaria en sus países. Para la presentación de los datos al nivel de país, se combinaron los datos de dos asociaciones participantes en Francia, lo mismo que los datos de dos asociaciones participantes en España. Los datos relativos a Hong Kong y la República Popular de China se presentan por separado, pues las tradiciones de formación profesional y ejercicio clínico históricamente diferentes pueden tener repercusiones directas en las actitudes hacia la clasificación. Una abrumadora mayoría de los psiquiatras cubanos participantes señalaron que el sistema diagnóstico que utilizan más a menudo es el Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría (16), una adaptación cubana de las Descripciones Clínicas y Directrices Diagnósticas de la ICD-10 y estos mismos participantes cubanos también estuvieron de acuerdo con la necesi-



**Figura 7.** Porcentajes de psiquiatras participantes que señalaron que utilizaban cada una de las 44 categorías diagnósticas de la ICD-10 por lo menos una vez a la semana en su ejercicio clínico cotidiano, ponderado según país.

dad de tal clasificación nacional, como se muestra en la figura 6. Además, más de un 30% de los psiquiatras de la Federación Rusa, República Popular de China, Argentina, India, Japón y Francia también indicaron que consideraban necesaria una clasificación nacional de los trastornos mentales.

### Empleo de las categorías diagnósticas de la ICD-10

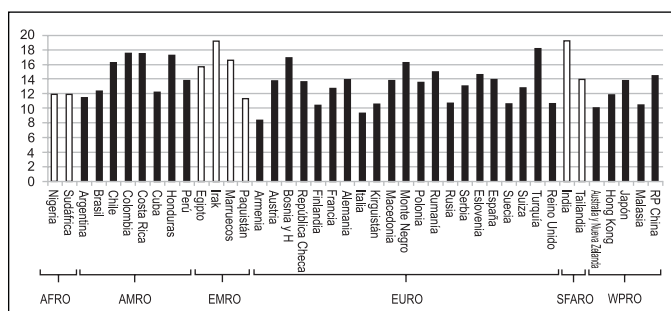
A los psiquiatras participantes que indicaron que atienden a pacientes y que la ICD-10 es el sistema de clasificación diagnóstica que más utilizan en el ejercicio clínico cotidiano se les pidió que seleccionaran de una lista de 44 categorías diagnósticas de la ICD-10 las que utilizaban por lo menos una vez a la semana en su ejercicio clínico cotidiano. En la tabla 2 se muestra la lista de categorías diagnósticas presentadas.

La figura 7 muestra la frecuencia ponderada con la cual los psiquiatras participantes a los que se les hizo esta pregunta seleccionaron cada categoría diagnóstica, ordenadas según frecuencia de uso de izquierda a derecha. Nueve categorías fueron seleccionadas por más del 50% de los psiquiatras participantes para indicar que las utilizaban al menos una vez a la semana: F32 episodio depresivo, F20 esquizofrenia, F31 trastorno afectivo bipolar, F41.2 trastorno por ansiedad mixta y trastorno

**Tabla 2.** Lista de categorías diagnósticas de la ICD-10 en la que se basaron los participantes en la encuesta para señalar las que utilizaban al menos una vez a la semana

|                                                                                |                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer                                     | F40.2 Fobias específicas (aisladas)                                             |
| F01 Demencia vascular                                                          | F41.0 Trastorno por pánico                                                      |
| F05 Delirio no provocado por alcohol y otras sustancias psicoactivas           | F41.1 Trastorno por ansiedad generalizada                                       |
| F10 Trastornos mentales y conductuales debido al uso de alcohol                | F41.2 Trastorno por ansiedad y depresivo mixto                                  |
| F11 Trastornos mentales y conductuales debido al uso de opiáceos               | F42 Trastorno obsesivo-compulsivo                                               |
| F12 Trastornos mentales y conductuales debidos al uso de cannabinoides         | F43.1 Trastorno por estrés postraumático                                        |
| F13 Trastornos mentales y conductuales debidos al uso de sedantes e hipnóticos | F43.2 Trastorno de la adaptación                                                |
| F14 Trastornos mentales y conductuales debidos al uso de cocaína               | F44 Trastornos disociativos [de conversión]                                     |
| F15 Trastornos mentales y conductuales debidos al uso de otros estimulantes    | F45 Trastornos somatiformes                                                     |
| F16 Trastornos mentales y conductuales debido al uso de alucinógenos           | F50.0 Anorexia nerviosa                                                         |
| F18 Trastornos mentales y conductuales debidos al uso de solventes volátiles   | F50.2 Bulimia nerviosa                                                          |
| F20 Esquizofrenia                                                              | F51 Trastorno del sueño no orgánico                                             |
| F21 Trastorno esquizotípico                                                    | F52 Disfunción sexual                                                           |
| F22 Trastorno delirante persistente                                            | F60.2 Trastorno de la personalidad disocial                                     |
| F23 Trastorno psicótico agudo y transitorio                                    | F60.31 Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable, de tipo limítrofe |
| F25 Trastorno esquizoafectivo                                                  | F63 Trastornos de hábito e impulsividad                                         |
| F30 Episodio maniaco                                                           | F7 Retraso mental (es decir, discapacidad intelectual)                          |
| F31 Trastorno afectivo bipolar                                                 | F84.0 Autismo en la infancia                                                    |
| F32 Episodio depresivo                                                         | F84.5 Síndrome de Asperger                                                      |
| F33 Trastorno depresivo recidivante                                            | F90 Trastorno hiperactivo                                                       |
| F40 Agorafobia                                                                 | F91 Trastorno de la conducta                                                    |
| F40.1 Fobia social                                                             | F95 Trastornos por tics                                                         |





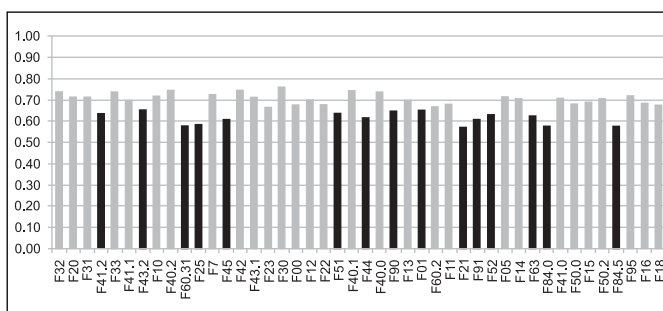
**Figura 8.** Número promedio de categorías diagnósticas utilizadas por lo menos una vez por semana, según país y región de la WHO.

depresivo, F33 trastorno depresivo recidivante, F41.1 trastorno por ansiedad generalizada, F43.2 trastorno de la adaptación, F10 trastornos mentales y conductuales debidos al consumo de alcohol y F40.2 fobias específicas (aisladas). Cinco categorías (F18 trastornos mentales y conductuales debidas al uso de solventes volátiles, F16, trastornos mentales y conductuales debidos al uso de alucinógenos, F95 trastornos por tics, F84.5 síndrome de Asperger y F50.2 bulimia nerviosa) fueron seleccionadas por menos del 10% de los psiquiatras participantes. En la figura 8 se muestra el número promedio de categorías seleccionadas por participante, para cada país y en cada región de la WHO.

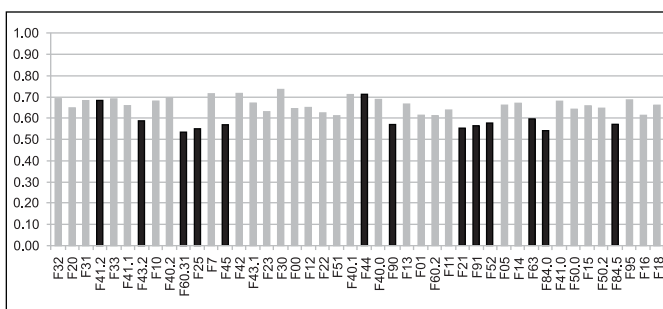
### Facilidad de uso y adecuación de adaptación de las categorías diagnósticas de la ICD-10

Para cada categoría de la ICD-10 que un participante había indicado que la utilizaba por lo menos una vez a la semana, se le pidió que hiciera dos evaluaciones relacionadas con el empleo de esa categoría en el ejercicio clínico: a) facilidad de uso; y b) adecuación de adaptación o exactitud de la definición de la ICD-10, descripción clínica y directrices diagnósticas para la descripción de los pacientes que atiende en su ejercicio clínico. Las evaluaciones se realizaron en una escala de cuatro puntos que iban de 0 («no es nada fácil utilizarla en el ejercicio clínico») o «no es nada exacta» a «extremadamente fácil de utilizar» o «extremadamente exacta»).

Las calificaciones para la facilidad de uso y adecuación de adaptación se correlacionaron en alto grado, aunque no perfectamente ( $r$  global = 0,72 por intervalo de apartado = 0,65 a 89). A fin de facilitar las comparaciones, las variables definidas para las calificaciones por categorías se transformaron en variables continuas que fluctuaban de 0 a 1. En las figuras 9 y 10 se muestra la media de la calificación numérica transformada para cada categoría basándose en las evaluaciones categóricas de los participantes de su facilidad de uso y adecuación de la adaptación, ponderada por país, presentada en el mismo orden de frecuencia de uso (de izquierda a derecha) que en la figura 7. Una calificación transformada de 0,66 corresponde a una calificación de dos por el participante («muy fácil de utilizar» o «muy exacto») en la facilidad de uso y adecuación de la adaptación, y una calificación transformada de 0,33 corresponde a una calificación de 1 por el participante («un poco fácil de utilizar» o «un poco exacta»). Las calificaciones de la media ponderadas en general para la facilidad de uso y la adecuación de la adaptación fueron bastante altas (0,68 para facilidad de



**Figura 9.** Media de las calificaciones de la «facilidad de uso» transformada para las categorías de la ICD-10, ponderadas según país y presentadas en orden de frecuencia de uso de izquierda a derecha.



**Figura 10.** Media de las calificaciones de «adecuación de adaptación» transformada para las categorías de la ICD-10, ponderadas según país y presentadas en orden de frecuencia de uso de izquierda a derecha

uso y 0,64 para adecuación de adaptación). Sin embargo, hubo una variación considerable entre las categorías. En la tabla 3 se muestran las categorías con las calificaciones más bajas de facilidad de uso o adecuación de adaptación —operacionalizadas como las categorías para las cuales las tasas promedio de facilidad de uso o adecuación de adaptación fueron más de 0,5 desviaciones estándar por debajo de la media global de todas las categorías—.

## DISCUSION

La Encuesta Mundial de la WPA y la WHO es la encuesta más extensa y más ampliamente internacional realizada sobre

**Tabla 3.** Categorías diagnósticas de ICD-10 calificadas por los psiquiatras participantes como de escasa facilidad de uso o adecuación de adaptación al ejercicio clínico cotidiano en relación con otras categorías

|        |                                                                    |
|--------|--------------------------------------------------------------------|
| F01    | Demencia vascular                                                  |
| F21    | Trastorno esquizotípico                                            |
| F25    | Trastorno esquizoafectivo                                          |
| F41.2  | Trastorno por ansiedad y depresivo mixto                           |
| F43.2  | Trastorno de la adaptación                                         |
| F44    | Trastornos disociativos (conversivos)                              |
| F45    | Trastornos somatiformes                                            |
| F51    | Trastornos del sueño no orgánicos                                  |
| F52    | Disfunción sexual                                                  |
| F60.31 | Trastorno de personalidad emocionalmente inestable, de tipo límite |
| F63    | Trastorno de hábito e impulsividad                                 |
| F84.0  | Autismo en la infancia                                             |
| F84.5  | Síndrome de Asperger                                               |
| F90    | Trastorno hiperactivo                                              |
| F91    | Trastorno de la conducta                                           |

las actitudes de los psiquiatras hacia la clasificación de los trastornos mentales. Basándose en la proporción del tiempo invertido por los psiquiatras participantes en atender a los pacientes, la encuesta tuvo éxito para llegar a los psiquiatras en ejercicio clínico, más que confinar la participación a los directivos de las Asociaciones Integrantes de la WPA o a los putativos expertos en clasificación. Este estudio demuestra que la ubicuidad actual de las comunicaciones electrónicas vuelve factible llevar a cabo proyectos de esta naturaleza a través de la Internet en casi todos los países del mundo, lo que indica que se puede utilizar este mecanismo para facilitar un proceso mucho más distribuido y participativo para la actualización presente de la ICD de lo que fue posible con las versiones previas.

El hecho de que las tasas de respuesta promedio fuesen en realidad más altas para los países con ingresos bajos y medianos que para los países con ingresos altos refleja los comentarios de los miembros individuales de estos países que estuvieron satisfechos de que se les hubiese pedido su opinión y se mostraron entusiastas para participar. El empeño específico realizado en este estudio en colaboración para llevar a cabo la encuesta en 19 idiomas contribuyó desde luego a hacer la participación lo más accesible posible. Aun en la región europea, hubo una importante participación de países de recursos relativamente más bajos que no intervienen con la misma frecuencia en proyectos internacionales angloparlantes que sus vecinos con más recursos.

Los resultados de la encuesta demuestran que los sistemas de clasificación formal de los trastornos mentales son una parte integrada del ejercicio psiquiátrico en todo el mundo. El estudio no fue concebido para comparar y contrastar la ICD y el DSM, dado que fue enmarcado en un esfuerzo para ayudar a la WHO a la actualización de la ICD-10 y por tanto posiblemente habría sido más interesante para los usuarios de la ICD-10. Sin embargo, esta encuesta global a casi 5.000 psiquiatras proporcionó pruebas convincentes de que la ICD-10 se utiliza ampliamente en todo el mundo, en contraste con las encuestas más antiguas de muestras pequeñas y muy selectas (10).

A través de esta encuesta los psiquiatras de todo el mundo proporcionaron su importante respaldo de un enfoque en la utilidad clínica durante el proceso de actualización de la ICD-10 que se está llevando a cabo. Los hallazgos de esta encuesta son compatibles y complementan a los de Mellsop et al (5,6) y Suzuki et al (7), sobre todo por lo que respecta el principal propósito de la clasificación, el número idóneo de categorías y la necesidad de un sistema más sencillo y que tenga más utilidad clínica. Los psiquiatras que respondieron a la encuesta actual señalaron que el facilitar la comunicación entre los profesionales clínicos y obtener información para el tratamiento y la asistencia eran los propósitos más importantes de la clasificación y la investigación y las aplicaciones estadísticas tenían una prioridad mucho más baja. Señalaron que preferirían una clasificación bastante simplificada y 87,5% (86,4% ponderado) dijeron que sería muy útil un sistema de clasificación de 100 categorías o menos.

Los resultados de la encuesta al parecer reflejan la orientación interdisciplinaria y las realidades organizativas complejas del ejercicio psiquiátrico actual. Una enorme mayoría de los psiquiatras de todo el mundo consideraron necesario que el sistema diagnóstico fuese útil para profesionales de la salud men-

tal no psiquiatras y casi el mismo número estuvo de acuerdo en que el sistema debiera ser comprensible a no profesionales pertinentes. La mayoría también estuvo a favor de que se crease un sistema diagnóstico simplificado de los trastornos mentales para utilizarlo en la atención primaria.

Más de dos tercios de los psiquiatras del mundo señalaron que prefieren un sistema de guía flexible que permita la variación cultural y el criterio clínico por contraposición a un sistema de criterios estrictos y esto fue aplicable a los usuarios globales tanto de la ICD-10 como del DSM-IV. Las opiniones se dividieron por lo que respecta a cómo incorporar mejor los conceptos de gravedad y estado funcional, lo que indica que estos campos serían un centro de atención importante que precisa más valoración, mientras la mayoría de los informantes se mostró receptiva a un sistema que incorporase un componente dimensional en la descripción de los trastornos mentales. Pese a las controversias recientes sobre la medicalización de los padecimientos normales (17), la mayoría de los psiquiatras del mundo consideraron que un diagnóstico de depresión debía establecerse aun ante la presentación de sucesos vitales potencialmente explicativos.

Aunque la gran mayoría de los psiquiatras del mundo al parecer aprobaron la posibilidad de un sistema de clasificación de los trastornos mentales global y aplicable a diferentes culturas, los resultados de esta encuesta apuntan a varios aspectos en los que hay que tener precaución. Una minoría importante de los psiquiatras de Latinoamérica y Asia comunicó problemas con la aplicabilidad intercultural de las clasificaciones existentes. Proporciones considerables de psiquiatras participantes en varios países —p. ej., Cuba, Federación Rusa, República Popular de China, Argentina, India, Japón y Francia— dijeron que consideraban necesaria una clasificación nacional de los trastornos mentales para utilizarla en sus países. Este tipo de respuestas es compatible con las encuestas previas, que refieren puntos de vistas variables en los diferentes países con respecto a la utilidad intercultural de los sistemas de clasificación actual (5). Será importante para el proceso de actualización de la ICD prestar atención detallada a estas perspectivas a fin de crear un sistema que sea aceptado a nivel mundial.

Los resultados de la encuesta sobre el empleo de categorías diagnósticas específicas son interesantes en varios sentidos. La lista de los diagnósticos que utilizaron con más frecuencia se superpone parcialmente, pero no del todo, a las categorías diagnósticas utilizadas más a menudo en un estudio internacional enfocado principalmente en la atención intrahospitalaria en 10 países (18), lo que tal vez refleja el empleo de una serie un poco diferente de categorías en la atención clínica a pacientes ambulatorios. Cabe hacer notar que algunas categorías que han generado controversia durante los debates para la actualización presente, incluida la F41.2 trastorno mixto por ansiedad y depresión y F43.2 trastorno de la adaptación, eran utilizadas muy a menudo por psiquiatras de todo el mundo. El empleo extremadamente generalizado de las categorías F32 episodio depresivo y F33 trastorno depresivo recidivante también es interesante, ya que éste es un campo de diferencia entre la ICD-10 y el DSM-IV. Los psiquiatras comunicaron el empleo de un número relativamente pequeño de categorías por lo menos una vez a la semana (véase la figura 8), que fluctúa desde un promedio menos de 10 categorías en Armenia e Italia

hasta un promedio de un poco menos de 20 categorías en India e Irak. Esto parece ser compatible con una reducción general o constricción del ejercicio psiquiátrico (19). Los análisis en el futuro valorarán diferencias en el empleo de las categorías diagnósticas específicas según región y país.

La información sobre la facilidad de uso y adecuación de la adaptación desde luego tiene relevancia directa para la actualización de la ICD, ya que señala directamente las categorías en las que se perciben problemas en la definición y se proporciona guía diagnóstica. Desde una perspectiva de la salud pública, esto tiene repercusiones muy importantes para categorías que se utilizan con mucha frecuencia. Es importante subrayar que todas las calificaciones de facilidad de uso y adecuación de adaptación fueron efectuadas por psiquiatras que comunicaron el empleo de la ICD-10 en su ejercicio clínico cotidiano y que indicaron que utilizaban esta categoría completa por lo menos una vez a la semana. Este método fue seleccionado específicamente para facilitar las calificaciones de facilidad de uso y adecuación de la adaptación para cada categoría por los psiquiatras que conocían más su empleo.

En general, las calificaciones promedio de la facilidad de uso y de la adecuación de la adaptación fueron aceptablemente altas, lo que indica que a los psiquiatras que utilizaban estas categorías con regularidad por lo general les resultaban fáciles de utilizar y relativamente precisas para describir a los pacientes que atendían en su ejercicio clínico. Estos resultados son compatibles con los hallazgos de estudios de campo de las descripciones clínicas y directrices diagnósticas de la ICD-10 (11), que utilizaron una escala de calificación similar para la adecuación de la adaptación, y las de un estudio reciente de psiquiatras en países de habla alemana (9). Sin embargo, los resultados también señalan problemas con una serie de categorías específicas (figuras 9 y 10 y tabla 3), que debieran ser un centro de atención como parte del proceso de actualización de la ICD.

La encuesta actual proporciona un punto de partida y una serie de objetivos específicos para mejorar las definiciones y las descripciones de las categorías de los trastornos mentales específicos, así como una guía más general sobre una serie de aspectos importantes. Los resultados de esta encuesta serán de gran utilidad para la WHO pues le permitirá mejorar la utilidad clínica de la clasificación y su aceptabilidad mundial como parte de la actualización de la ICD-10 que se está realizando. Este estudio también representa un ejemplo importante de una colaboración extremadamente rica y satisfactoria entre la WHO, la WPA y las Asociaciones integrantes de la WPA y pensamos fortalecer esta experiencia en las siguientes etapas de preparación de la ICD-11.

### Agradecimientos

Los autores expresan su agradecimiento G. Mellsop, W. Gaebel y J. Zielasek por su permiso para utilizar apartados de la encuesta de sus estudios. También agradecen por las sugerencias al Comité Ejecutivo de la WPA, integrado por T. Akiyama, H. Herrman, M. Jorge, L. Kuey, T. Okasha, P. Ruiz y A. Tasman en la elaboración de la encuesta. Agradecen a S. Evans por su verificación de los datos. La traducción de la encuesta al español fue realizada por T. Esparza con la ayuda de

L. Flórez Alarcón (Colombia), J. Bejarano, G. Amador Muñoz (Costa Rica), M. Piazza (Perú), J.-J. Sánchez-Sosa (México), L. Caris (Chile) y B. Mellor (España). La traducción al francés fue realizada por L. Bechard-Evans (Canadá), con la ayuda de A. Lovell, C. Barral, A. Dumas, N. Henckes, B. Moutaud, A. Troisoeufs, P. Roussel (Francia), y B. Khoury y L. Akoury Dirani (Líbano). La encuesta se ejecutó en la plataforma de encuestas de Qualtrics proporcionada por la University of Kansas y los autores agradecen a M. Roberts por su ayuda en esta cuestión. Así mismo, agradecen a L. Bechard-Evans por establecer la versión inicial de la encuesta en la plataforma de Qualtrics y elaborar el protocolo de traducción inicial. Muy específicamente, los autores agradecen a las Asociaciones Integrantes de la WPA que participaron por su colaboración para llevar a cabo la encuesta entre sus agremiados, incluida la traducción del cuestionario a los idiomas nacionales. La traducción al alemán preparada por la Asociación Alemana de Psiquiatría y Psicoterapia también fue utilizada por la Asociación Austriaca de Psiquiatría y Psicoterapia. La traducción rusa preparada por la Asociación Psiquiátrica Rusa también fue utilizada por Kyrgyz Psychiatric Association. A menos que se señale específicamente, los puntos de vista expresados en este artículo representan los de los autores y no las políticas o posturas oficiales de la Organización Mundial de la Salud.

### Bibliografía

1. World Health Organization. International classification of diseases and related health problems, 10th revision. Geneva: World Health Organization, 1992.
2. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 2011;10:86-92.
3. Reed GM. Towards ICD-11: improving the clinical utility of WHO's international classification of mental disorders. *Prof Psychol Res Pr* 2010;41:457-64.
4. Mezzich JE. International surveys on the use of ICD-10 and related diagnostic systems. *Psychopathology* 2002;35:72-5.
5. Mellsop G, Banzato C, Shinfuku N et al. An international study of the views of psychiatrists on present and preferred characteristics of classifications of psychiatric disorders. *Int J Ment Health* 2008;36:18-26.
6. Mellsop G, Dutu G, Robinson G. New Zealand psychiatrists views on global features of ICD-10 and DSM-IV. *Aust NZ J Psychiatry* 2007;41:157-65.
7. Suzuki Y, Takahashi T, Nagamine M et al. Comparison of psychiatrists' view on classification of mental disorders in four East Asian countries/area. *Asian J Psychiatry* 2010;3:20-5.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
9. Zielasek J, Freyberger HJ, Jänner M et al. Assessing the opinions and experiences of German-speaking psychiatrists regarding necessary changes for the 11th revision of the mental disorders chapter of the International Classification of Disorders (ICD-11). *Eur Psychiatry* 2010;25:437-42.
10. Maser JD, Kaelber C, Weise R. International use and attitudes toward DSM-III and DSM-III-R: growing consensus in psychiatric classification. *J Abnorm Psychol* 1991;100:271-9.
11. Sartorius N, Kaelber CT, Cooper JE et al. Progress toward achieving a common language in psychiatry: results from the field

- trial of the clinical guidelines accompanying the WHO classification of mental and behavioural disorders in ICD-10. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:115-24.
12. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
  13. World Bank. Country and lending groups. [data.worldbank.org](http://data.worldbank.org).
  14. Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA et al. The conceptual development of DSM-V. *Am J Psychiatry* 2009;166:645-50.
  15. Narrow WE, Kuhl EA, Regier DA. DSM-V perspectives on disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry* 2009;8:88-9.
  16. Otero-Ojeda A. Third Cuban Glossary of Psychiatry (GC-3): key features and contributions. *Psychopathology* 2002;35:181-4.
  17. Horwitz AV, Wakefield JC. The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. Oxford: Oxford University Press, 2007.
  18. Müssigbrodt H, Michels R, Malchow CP et al. Use of the ICD-10 classification in psychiatry: an international survey. *Psychopathology* 2000;33:94-9.
  19. Maj M. Mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:65-6.



# Estudio randomizado y comparativo del apoyo al empleo en Inglaterra: seguimiento a dos años del estudio Apoyo al Trabajo y las Necesidades (SWAN)

MARGARET HESLIN<sup>1</sup>, LOUISE HOWARD<sup>1,2</sup>, MORVEN LEESE<sup>1</sup>, PAUL MCCRONE<sup>1</sup>, CHRISTOPHER RICE<sup>1</sup>, MANUELA JARRETT<sup>1</sup>, TERRY SPOKES<sup>1</sup>, PETER HUXLEY<sup>1</sup>, GRAHAM THORNICROFT<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London, De Crespigny Park, London SE5 8AF, UK

<sup>2</sup>Biomedical Research Centre for Mental Health, National Institute for Health Research, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK

*En estudios realizados en Norteamérica se ha llegado a la conclusión de que el apoyo al empleo utilizando el modelo Colocación y Apoyo al Individuo (IPS) es eficaz para ayudar a las personas con trastornos mentales graves y persistentes a obtener un empleo competitivo. El propósito del presente estudio fue investigar la eficacia y la rentabilidad del IPS en Inglaterra en pacientes que fueron objeto de seguimiento a dos años. Pacientes con enfermedades mentales graves fueron asignados de manera aleatoria a IPS o servicios de empleo locales (tratamiento habitual). Se cuantificó el uso del servicio y los costes. Doscientos diecinueve participantes fueron randomizados y 86% revalorados dos años después. En el análisis multifactorial, se encontraron tasas relativamente bajas de empleo competitivo tanto en el grupo con la intervención como en el grupo con el tratamiento habitual, aunque un número significativamente mayor de pacientes obtuvieron empleo competitivo en el grupo con tratamiento (22% frente a 11%;  $p = 0,041$ ). No hubo diferencia significativa en los costes. La tasa de empleo en los participantes en el modelo IPS fue más baja en los estudios publicados con anterioridad y el número de pacientes que fue necesario tratar para obtener el beneficio de IPS fue relativamente alto. Esto puede reflejar dificultades para poner en práctica el modelo IPS donde no está estructuralmente integrado en los equipos de salud mental, así como la falta de incentivos económicos que dan por resultado grados menores de motivación para los pacientes y los profesionales de la salud mental.*

**Palabras clave:** Apoyo al empleo, enfermedades mentales graves, eficacia, rentabilidad, rehabilitación laboral.

(*World Psychiatry* 2011;10:132-137)

El modelo de Colocación y Apoyo al Individuo (IPS) para apoyar el empleo fue creado en la década de los 90 y se enfocó en la rehabilitación laboral como parte del tratamiento de la salud mental más que como una entidad diferente (1).

El modelo IPS tiene como propósito la colocación rápida en un empleo competitivo (es decir, en el mercado laboral abierto) seguido del apoyo y la capacitación necesaria que se obtiene mientras la persona está en el trabajo. Los servicios de IPS están integrados en los servicios de salud mental de la población y están basados en las preferencias de los pacientes (1).

Los estudios randomizados comparativos (EAC) en Estados Unidos han determinado que este modelo de rehabilitación laboral es más eficaz para obtener empleo en las personas con enfermedades mentales graves que los modelos de rehabilitación laboral tradicionales (2-9). Así mismo, esto se ha reproducido fuera de Norteamérica (10,11). Sin embargo, hasta el estudio SWAN (Apoyo al Trabajo y la Necesidad) (12), un EAC de apoyo al empleo en el sur de Londres, no se habían realizado estudios a gran escala en torno al apoyo al empleo en el Reino Unido.

En el estudio SWAN se comunicó que en el seguimiento a un año, la tasa de empleo fue baja tanto para el grupo con la intervención (13%) como para el grupo de control (7%), sin diferencias importantes entre los grupos (12). Nuestra hipótesis primaria fue que en el seguimiento a dos años un porcentaje notablemente mayor de personas que recibiesen IPS estaría en un empleo competitivo que las que recibiesen los servicios habituales. Comunicamos aquí los hallazgos del seguimiento a dos años.

## MÉTODOS

El estudio SWAN (Apoyo al Trabajo y las Necesidades) es un EAC pragmático del modelo de empleo IPS. Los participantes fueron incorporados de equipos de salud mental de la

población en dos municipios del sur de Londres. Los criterios de inclusión fueron que los participantes debían recibir atención psiquiátrica ambulatoria o en la población por los servicios de salud mental locales, tener una enfermedad mental grave (duración de la enfermedad de más de dos años, calificación de la valoración global del funcionamiento de 60 o menos y un diagnóstico de un trastorno psicótico o afectivo crónico), tener entre 18 y 65 años de edad, poder leer y hablar en inglés en un grado suficiente para proporcionar consentimiento informado por escrito y haber estado desempleado durante por lo menos tres meses. Después que los investigadores habían descrito con detalle el estudio a los posibles participantes, se obtenía el consentimiento informado por escrito. La aprobación ética fue obtenida del Comité de Ética en Investigación del Joint Institute of Psychiatry y South London and Maudsley.

Los participantes fueron asignados de manera aleatoria al grupo con intervención o de control. La asignación del tratamiento se estratificó según género sexual y edad (segmentos de 10 años). Se utilizó la aleatorización con minimización, llevada a cabo por Institute of Psychiatry Mental Health y la Unidad de Estudios Clínicos en Neurociencias, una unidad independiente del estudio para mantener el enmascaramiento. La variable de intervención fue un programa de IPS integrado en los equipos de salud mental de la población, proporcionado por una agencia de empleo bien establecida, no lucrativa y no respaldada por el gobierno. La intervención consistió en vincular los cuatro especialistas laborales (dos por cada municipio local) a los equipos de salud mental de la población, enfocándose en la colocación rápida con el apoyo de seguimiento continuado. Los especialistas en trabajo también procuraron encontrar oportunidades de empleo que fuesen compatibles con las preferencias de los participantes, sus habilidades y sus capacidades. La variable de control (el tratamiento habitual, TH) consistió en la

rehabilitación psicosocial existente y los programas de acogida diurna disponibles en el área local (12).

Los participantes fueron valorados al inicio por el investigador que los incorporó en el estudio así como a los 12 meses y 24 meses después de la aleatorización por un investigador diferente que desconocía el grupo de asignación. Cada participante recibió 20 libras esterlinas por su tiempo invertido en las entrevistas iniciales y de seguimiento. No se reembolsó a los participantes por ningún contacto que tuviesen con los asesores laborales.

Al inicio se valoró a los participantes utilizando la Valoración Clínica Estructurada en Neuropsiquiatría (SCAN, 13) para determinar su diagnóstico. Los participantes con un diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante u otros trastornos psicóticos según la SCAN, fueron clasificados bajo la categoría de un trastorno psicótico. Los participantes con un diagnóstico de trastorno bipolar, manía o depresión según la SCAN fueron clasificados bajo la categoría de trastorno afectivo.

Se recabaron datos sobre información demográfica, uso de servicios y condición de empleo en los 12 meses previos en entrevistas realizadas al inicio, a un año y a dos años. Las medidas del funcionamiento psicosocial fueron: la Valoración Breve de Manchester (MANSA) versión 2 (14), una versión breve modificada del Perfil de Calidad de Vida de Lancashire, que tiene una calificación en una escala de 1 a 7 en las que las puntuaciones bajas representan una menor calidad de vida; la Valoración de las Necesidades de Camberwell (CAN) versión breve (15), una medida de entrevista para valorar las necesidades no satisfechas de personas con enfermedades mentales graves en 22 dominios de la salud y sociales; la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE, 16), que es una escala de 1 a 4 en la que las calificaciones bajas representan una autoestima más baja; la Escala Breve de Valoración Psiquiátrica (BPRS, 17), una medida de psicopatología valorada por el investigador con posibles puntuaciones que fluctúan de 24 a 168, en la que las puntuaciones bajas representan menos síntomas; la valoración global del funcionamiento (GAF, 18), una medida de funcionamiento valorada por el investigador con una escala de 0 a 100 en la que las puntuaciones bajas representan niveles más bajos de funcionamiento y el Inventario de Recepción de Servicios por el Paciente (CSSRI, 19), una medida del uso de recursos de la salud y sociales durante los dos meses previos según el informe del paciente.

Se definió el empleo competitivo abierto como un trabajo en el que se pagaba por lo menos un salario mínimo, localizado en un ámbito tradicional socialmente integrado no apartado para personas con discapacidades, mantenido de manera independiente (es decir, no propiedad de alguna agencia), con la participación en el empleo continuado durante un mínimo de 30 días (con el empleo de tiempo parcial evaluado mediante prorrateo).

Calculamos que un tamaño de muestra de 75 en cada grupo (150 en total) sería suficiente para detectar una diferencia en el empleo de un 10% en el grupo con tratamiento habitual en comparación con un 30% en el grupo experimental, suponiendo un grado de significación de  $p = 0,05$  (bilateral) a una potencia del 80%. Tomando en cuenta una tasa de deserción del 30%, nuestro objetivo de incorporación fue 108 (216 en total) en cada grupo. La tasa de base del 10% y la posible renuencia y las tasas de deserción se basaron en el estudio realizado en Baltimore (7) y son características de muchas poblaciones de personas con esquizofrenia en Inglaterra.

Dadas las características del estudio, no fue posible que los participantes o los que administraron la intervención tuviesen enmascaramiento con respecto al grupo de asignación de los participantes. Sin embargo, el investigador que llevó a cabo las entrevistas de seguimiento a uno y dos años desconocía el grupo de asignación. Al llevar a cabo la valoración y el seguimiento, no se informó al investigador el grupo de asignación del participante y se le pidió a éste que no revelara en lo posible el grupo al cual se le había asignado. Se efectuó una prueba de enmascaramiento comparando la asignación de la mejor previsión por el investigador con la asignación efectiva.

La escala de lealtad a IPS (20) fue llenada por un ergoterapeuta director independiente del estudio. Durante el curso del estudio, fue requisito que el personal del trabajo registrase cualquier episodio que ocurriese en relación con el paciente. Estos episodios comprendieron el contacto directo con el paciente y cualquier otro contacto que estuviese relacionado con él, por ejemplo, contacto con la enfermera psiquiátrica en la población donde vivía el paciente. El personal de empleo tenía que registrar el tiempo invertido por contacto, dónde y cuándo tuvo lugar el contacto y las características de tal contacto.

Todos los datos fueron analizados utilizando el programa informático SPSS para Windows (versión 15.0). Se valoraron las hipótesis primaria y secundaria en todo el grupo. Utilizamos las pruebas de la  $t$  y de la  $\chi^2$  para comparar las medias y las proporciones, respectivamente, a menos que los datos fuesen muy sesgados, en cuyo caso se utilizaron pruebas no paramétricas de casos. Los modelos de regresión logística y lineal también se adaptaron para incluir posibles variables de confusión o variables relacionadas con la categoría faltante: edad (por grupos), género sexual, grupo étnico, nivel educativo, sintomatología, funcionamiento y diagnóstico. Todos los datos fueron analizados en grupos según se aleatorizaron, recibiesen o no recibiesen una intervención (es decir, intención de tratar). Se compararon los datos de los pacientes en quienes se hizo seguimiento con los de aquellos en los que no se efectuó el seguimiento, en general y según cada grupo de tratamiento.

Los datos de uso de servicio medidos con el CSSRI se combinaron con la información de costes de unidad apropiados (21). Se determinaron los costes de la medicación por psicosis, manía, depresión y ansiedad, así como los medicamentos para tratar los efectos secundarios de estos fármacos, utilizando los precios del formulario británico nacional de marzo de 2006. Si algún paciente comunicó el empleo de algún medicamento pero desconocía la dosis, se utilizó la dosis recomendada más baja para determinar el coste del fármaco. Los datos sobre los costes suelen ser sesgados y por tanto se utilizaron métodos independientes para generar un intervalo de confianza alrededor de una media de diferencia de costes entre los grupos. Los datos de los costes se combinaron con el criterio principal de valoración (proporción de participantes con empleo durante el periodo de seguimiento a dos años). Si los costes fueron menores para IPS y los desenlaces mejores entonces serían «dominantes». Los costes más altos y los mejores desenlaces precisarían el empleo de un cociente de rentabilidad creciente para demostrar los costes adicionales incurridos a fin de alcanzar una diferencia de un punto porcentual en los participantes con empleo. Se obtuvo una curva de aceptabilidad de la rentabilidad para demostrar la probabilidad de que el modelo IPS era más rentable que el tratamiento habitual en una gama de valores ubicados en una unidad de mejora en el desenlace. El intervalo utilizado aquí fue 0 a 1.000 libras esterlinas en incrementos de

100 libras. No se contó con datos que sirvieran de guía para elegir este intervalo, pero se presumió que las ganancias en el empleo se habrían valuado en términos de 100 libras.

## RESULTADOS

Los participantes fueron incorporados entre noviembre de 2004 y septiembre de 2006. De las 375 personas remitidas al estudio, 220 ingresaron en el estudio (31 no cumplieron los criterios de inclusión; 108 se rehusaron a participar; 17 fueron excluidas por otros motivos). Un participante se retiró entre las valoraciones iniciales y la aleatorización, por lo que quedaron 219 participantes (fig. 1). No hubo diferencias considerables entre los dos grupos randomizados en cualquier variable inicial (véase la tabla 1).

En 30 participantes se perdió el seguimiento a los dos años, con proporciones similares tanto en el grupo de prevención como el de control. No hubo diferencias iniciales importantes en las variables sociodemográficas o clínicas entre aquellos en quienes se perdió y no se perdió el seguimiento; sin embargo, la proporción que había trabajado en los últimos cinco años fue un poco mayor en aquellos en quienes se previó el seguimiento, pese a no ser significativa la diferencia (66% frente a 52%;  $\chi^2_1 = 1,738$ ;  $p = 0,19$ ).

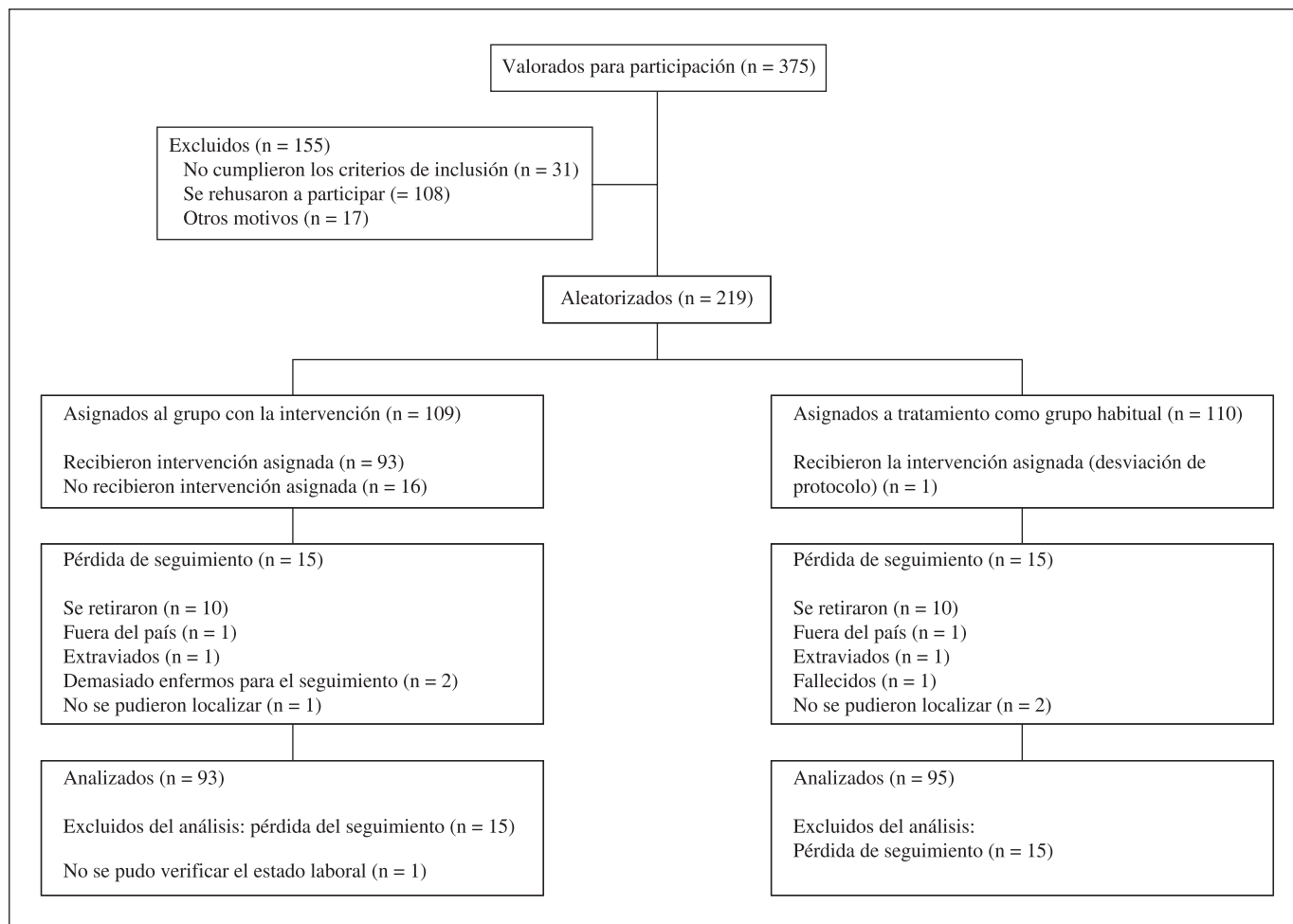
Se determinó que la lealtad al IPS era considerable; los asesores laborales en los dos municipios mantuvieron una calificación de IPS satisfactoria de 69 y 67, respectivamente. Para

los participantes que tuvieron contacto con un asesor de empleo (96 participantes, 85%), la media del número de contactos con o por parte de los pacientes fue 15,41 (DE: 17,46; mediana 9, intervalo 1 a 77). Dieciséis pacientes (15%) no establecieron contacto con el asesor de empleo pese a que se les ofreció cita para hacerlo. Un participante en el grupo de control tuvo contacto con la intervención.

Los investigadores que llevaron a cabo las entrevistas de seguimiento predijeron el grupo de asignación correctamente en 220 de las 386 (57%) entrevistas en el seguimiento a un año y a dos años, en comparación con un hipotético 50% de predicciones al azar ( $p = 0,006$ ; muestra individual, prueba bilateral de una proporción).

Treinta y dos participantes (17%) de los 190 que fueron objeto de seguimiento comunicaron haber trabajado, entre el inicio y el seguimiento a dos años, en trabajos que cumplieran los criterios de empleo competitivo. De los que fueron objeto de seguimiento; 11 de 95 (11%) correspondían al grupo de control y 21 de 95 (22%) correspondían al grupo con la intervención (cociente de riesgo 1,91; IC del 95%: 0,98 a 3,74;  $\chi^2_1 = 3,758$ ;  $p = 0,053$ ). Esto es equivalente a un número de pacientes que es necesario tratar (NNT) de 9. Los 30 participantes que no estuvieron disponibles para seguimiento se consideraron como faltantes para este análisis.

Se llevó a cabo un análisis de regresión logística con ajuste de todos los factores sociodemográficos y medidas clínicas al



**Tabla 1.** Variables sociodemográficas y clínicas iniciales de participantes según el grupo de aleatorización

|                                                                                                 | Testigos       | Intervención   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|
| Hombres (%)                                                                                     | 66             | 69             |
| Municipio A (%)                                                                                 | 43             | 35             |
| Municipio B (%)                                                                                 | 57             | 65             |
| Trabajaron en los últimos 5 años (%)                                                            | 56             | 51             |
| Vivían solos (%)                                                                                | 53             | 55             |
| Etnicidad (%)                                                                                   |                |                |
| Blancos                                                                                         | 41             | 34             |
| Negros                                                                                          | 41             | 45             |
| Otros                                                                                           | 17             | 20             |
| Diagnóstico (%)                                                                                 |                |                |
| Trastorno psicótico                                                                             | 69             | 76             |
| Trastorno afectivo                                                                              | 31             | 24             |
| Edad (media $\pm$ DE)                                                                           | 38,3 $\pm$ 9,3 | 38,4 $\pm$ 9,5 |
| Calificación en la escala de autoestima de Rosenberg (media $\pm$ DE)                           | 2,3 $\pm$ 0,5  | 2,2 $\pm$ 0,6  |
| Calificación en la Valoración Global del Funcionamiento (media $\pm$ DE)                        | 47,7 $\pm$ 6,3 | 48,3 $\pm$ 7,0 |
| Calificación en la Valoración Global de Manchester breve (media $\pm$ DE)                       | 3,9 $\pm$ 0,7  | 4,0 $\pm$ 0,7  |
| Calificación en la Escala Breve de Valoración psiquiátrica (mediana, intervalo intercuartílico) | 33 (28-41)     | 33 (28-42)     |
| Valoración de Camberwell de Necesidades no satisfechas (mediana, intervalo intercuartílico)     | 2 (0-3)        | 1 (0-3)        |

inicio. Esto reveló que si el participante tenía un trabajo en los últimos cinco años antes del inicio del estudio, ese hecho también pronosticaba el resultado ( $p = 0,001$ ) y que el efecto de la intervención era estadísticamente significativo ( $p = 0,041$ ). En los análisis de sensibilidad se determinó que si se presuponía que todos los participantes que no eran objeto de seguimiento no habían trabajado, los resultados también eran notablemente a favor de la intervención ( $\chi^2_1 = 3,768$ ;  $p = 0,052$ ), aunque esto no fue el caso al presuponer que todos los participantes que no fueron objeto del seguimiento habían trabajado ( $\chi^2_1 = 1,956$ ;  $p = 0,162$ ). En los análisis de sensibilidad también se observó que los valores de la  $p$  para el grupo cuando se efectuó el ajuste con respecto a los posibles factores de confusión en el análisis ajustado utilizando la regresión logística fueron  $p = 0,044$ , presuponiendo que todos los participantes que fueron objeto de seguimiento no habían trabajado y  $p = 0,074$ , presuponiendo que todos los participantes que fueron objeto de seguimiento habían trabajado.

En general, todo el grupo fue objeto de seguimiento durante una media de 703 días (de 95,5). Para el grupo con la intervención esto correspondió a 708 días (DE: 87,1) y para el de control 698 días (DE: 103,1) ( $t_{202} = 0,723$ ;  $p = 0,470$ ). En un análisis de Kaplan-Meier de la supervivencia se determinó que la media estimada del tiempo transcurrido para obtener un trabajo fue 680 días (IC del 95%: 648-712) para el grupo de control y 630 días (IC del 95%: 588-671) para el grupo con la intervención. Por consiguiente, el tiempo transcurrido para obtener un trabajo fue levemente inferior en un promedio de casi seis semanas para el grupo con la intervención ( $\chi^2_1 = 3,753$ ;  $p = 0,053$ ). En una regresión de Cox realizando el ajuste con respecto a cualquier posible factor de confusión importante (el tener un trabajo en los últimos cinco años, calificación en la CAN y calificación en la GAF), el grupo fue significativo en la estimación del tiempo transcurrido hasta encontrar un trabajo ( $p = 0,043$ ).

De las 32 personas que tuvieron un trabajo durante el periodo del seguimiento a dos años, 25 participantes tuvieron un trabajo; seis habían tenido dos diferentes trabajos y un partici-

pante había tenido tres diferentes trabajos. Hubo una tendencia a una mediana más alta en el número de horas trabajadas por semana para el grupo de control en comparación con el grupo con intervención (36 frente a 15 horas;  $Z$  de Wilcoxon = -1,765;  $p = 0,078$ ). Sin embargo, no hubo pruebas de ninguna diferencia en la duración de los trabajos entre las 11 personas que tuvieron trabajos en el grupo de control y las 21 personas del grupo con la intervención (mediana 13 frente a 22 semanas;  $Z = -0,955$ ;  $p = 0,353$ ). Hubo una diferencia importante en el salario por hora entre los dos grupos, según la cual el grupo de control tuvo la tendencia a tener salarios más altos que el grupo con la intervención mediana (8,81 libras esterlinas frente a 6,00 por hora;  $Z = -2,146$ ;  $p = 0,031$ ).

La mayor parte de los trabajos obtenidos en el periodo de seguimiento a dos años fueron trabajos elementales o ventas y servicio a clientes (14/4); 35% y 11/40; 27,5%, respectivamente). Hubo 6/40 (15%) ocupaciones administrativas y secretariales; 2/40 (5%) en procesos, plantas y operativos de maquinaria, 2/40 (5%) trabajos en comercio especializado y 2/40 (5%) trabajos profesionales. Así mismo, hubo un empleo de gerente/funcionario directivo y un trabajo profesional/técnico relacionado (ambos en el grupo de control) y un trabajo en servicios personales) combinados para un porcentaje del 7,5%). Estos trabajos se clasificaron utilizando la clasificación laboral estándar (23).

No hubo diferencia significativa en los resultados de empleo según municipio: en el municipio A, 9 (12,5% de los participantes) obtuvieron empleo competitivo en tanto que en el municipio B, 23 (19,5%) de los participantes obtuvieron un trabajo competitivo ( $X^2_1 = 1,561$ ,  $p = 0,212$ ).

No hubo diferencias entre los grupos con intervención y el de control en el seguimiento con respecto a ninguna de las variables clínicas (véase la tabla 2).

Al final del periodo de seguimiento de dos años, se presentaron efectos adversos en cuatro participantes. El extravió de dos participantes fue informado por la familia y los coordinadores asistenciales (uno del grupo con la intervención y uno del grupo de control). Un participante falleció como resultado de una sobredosis de medicación sospechada (grupo de control). A un participante se le achacó un asesinato (grupo con la intervención). Ninguno de estos eventos se relacionó con el estudio o la intervención.

Hubo un alto grado de consulta a médicos generales, psiquiatras y enfermeras psiquiátricas de la población en los dos grupos. Los costes de la atención en pacientes internados fueron más altos que para los de otros servicios. El único servicio para el cual hubo una diferencia de coste notoria entre los grupos en el seguimiento a dos años fue la asistencia ambulatoria y la educación, en que los costes fueron más altos para el grupo de control. Los costes de la intervención promedio fueron un poco menos de 300 libras esterlinas. No hubo diferencias significativas entre el grupo con la intervención y grupo de control en cuanto a los costes globales, los costes de servicios o los costes de medicación durante el periodo de dos años (véase la tabla 3). El análisis de regresión demostró una diferencia de costes de 2.361 libras esterlinas a favor de la intervención, pero esto no fue estadísticamente significativo (-6.105 libras a 1.308 libras).

Basándose en las estimaciones puntuales de costes y desenlaces, se consideró como dominante el modelo IPS. La curva de aceptabilidad de la rentabilidad demostró que aun cuando se aplicase un valor de 0 libras esterlinas a una o más personas que obtuvieron empleo, todavía hay una posibilidad del 90% de que el modelo IPS sea la opción más rentable.



## DISCUSIÓN

En este estudio determinamos que el modelo IPS fue notablemente más eficaz para ayudar a los pacientes con enfermedades mentales graves a obtener un empleo competitivo en comparación con los servicios vocacionales tradicionales en el seguimiento a dos años, pero que una baja proporción de los pacientes de los dos grupos obtuvieron empleo e incluso el grupo con intervención tuvo tasas más bajas que las comunicadas en los grupos de control o EAC previos. Así mismo, el tiempo transcurrido para obtener un empleo fue más breve en los pacientes del grupo con la intervención (en seis semanas), pero esto fue con un retraso prolongado de más de un año y medio a partir de la aleatorización.

De los siete EAC previos en los que se comunicó el tiempo transcurrido hasta la obtención del primer trabajo (2,4-9,11) en todos se determinó que el tiempo característico transcurrido hasta el primer trabajo fue más prolongado para el grupo de control que para el grupo con la intervención, pero en este último varió de 72 hasta 197 días, en tanto que en el grupo de control éste fue de 118 a 293 días. Además, el número de pacientes que es necesario tratar (NNT = 9) refleja el hecho de que, si bien la proporción de quienes obtienen un trabajo en el grupo con intervención es del doble de la proporción en el grupo de control, los niveles absolutos, y por tanto la diferencia absoluta, son relativamente moderados.

Por consiguiente, en el seguimiento tanto a un año (2) como a dos años, el IPS fue menos eficaz que los previamente comunicados. El grupo del modelo IPS tuvo costes más bajos que el grupo de control, pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Si bien las estimaciones puntuales de los costes y los resultados indican que el modelo IPS puede rentable, esto se debe considerar junto con derecho de que la diferencia en los resultados no fue considerable.

Estos hallazgos pueden deberse a diferencias en el mercado laboral de Inglaterra en comparación con el de Norteamérica, es decir, una falta de incentivos para que el empleador contrate a pacientes con enfermedades mentales y diferencias en el sistema de beneficios. Así mismo, hubo una proporción relativamente alta de participantes de grupos étnicos no blancos en este estudio. Esto podría limitar el éxito del modelo IPS en Inglaterra, ya que las personas que no son blancas tienen más posibilidades de quedar sin empleo en Inglaterra (24).

En algunos de los EAC de Estados Unidos, los participantes tenían que asistir a dos reuniones iniciales para seleccionar y descartar a los que estaban menos motivados, en tanto que en nuestro estudio no se llevó a cabo tal selección, lo que refleja lo que se acostumbra actualmente en el Reino Unido. Por tanto, es posible que el estudio haya demostrado más eficacia del IPS si los participantes fuesen seleccionados en cuanto a motivación antes de habérseles permitido ingresar en el estudio, aunque hubiesen recibido alguna forma de entrevista motiva-

**Tabla 2.** Resultados clínicos para los participantes según el grupo de aleatorización

|                                                                                                                        | Control        | Intervención | t, Z          | p    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------|---------------|------|
| Necesidades insatisfechas en la Valoración de Necesidades de Camberwell (mediana, intervalo intercuartílico) (n = 183) | 2 (0-4,7)      | 1 (0-3,25)   | Z= -1,574     | 0,12 |
| Puntuación en la Escala de Valoración Psiquiátrica Breve (mediana, intervalo intercuartílico) (n = 185)                | 33,5 (28-44,5) | 35 (29-43)   | Z= -0,225     | 0,82 |
| Puntuación en la Escala de Autoestima de Rosenberg (media ± DE) (n = 183)                                              | 22,9 ± 6,1     | 22,3 ± 5,3   | t181 = 0,731  | 0,47 |
| Calificación en la Valoración Global Breve de Manchester (media ± DE) (n = 178)                                        | 3,9 ± 1,1      | 4,1 ± 0,9    | t176 = -1,445 | 0,15 |
| Calificación en la Valoración Global del Funcionamiento (media ± DE) (n = 189)                                         | 56,8 ± 18,7    | 56,1 ± 16,4  | T187 = 0,300  | 0,77 |

**Tabla 3.** Uso de servicios y costes durante todo el periodo de seguimiento a dos años

|                                        | Control             |                        |                     | Intervención        |                        |                     |
|----------------------------------------|---------------------|------------------------|---------------------|---------------------|------------------------|---------------------|
|                                        | Uso de servicio (%) | Contactos (media ± DE) | Costes (media ± DE) | Uso de servicio (%) | Contactos (media ± DE) | Costes (media ± DE) |
| Paciente psiquiátrico internado        | 23                  | 19,9±59,8              | 4173±12340          | 20                  | 17,4±55,8              | 3168±10754          |
| Psiquiatra                             | 66                  | 2,0±3,7                | 1886±3121           | 56                  | 1,5±2,2                | 1335±1896           |
| Otro médico                            | 30                  | 0,8±2,8                | 239±770             | 37                  | 0,9±1,7                | 227±538             |
| Acogida diurna/educación               | 30                  | 11,5±26,1              | 2102±5878           | 17                  | 4,6±12,5               | 562±1515            |
| Psicólogo                              | 8                   | 0,4±1,8                | 131±623             | 13                  | 0,9±3,8                | 370±1675            |
| Trabajo social                         | 16                  | 1,2±4,4                | 209±726             | 12                  | 0,6±2,4                | 111±404             |
| Paciente general internado             | 13                  | 2,1±10,2               | 469±2408            | 13                  | 1,1±5,4                | 253±1268            |
| Médico general                         | 77                  | 2,3±2,4                | 411±524             | 70                  | 2,7±4,3                | 430±569             |
| Enfermera de distrito                  | 8                   | 0,3±1,1                | 9±45                | 7                   | 0,3±1,1                | 11±45               |
| Enfermera psiquiátrica de la población | 81                  | 7,5±7,3                | 839±1271            | 85                  | 7,4±8,6                | 761±947             |
| Ergoterapeuta                          | 1                   | 0,0±0,4                | 3±27                | 2                   | 0,1±0,9                | 17±113              |
| Otro servicio                          | 6                   | 0,2±0,8                | 16±77               | 11                  | 1,4±7,1                | 240±1307            |
| Medicación                             | 97                  |                        | 1767±1830           | 98                  |                        | 1841±1807           |
| Costes totales                         |                     | 11932±13694            |                     |                     | 9571±11217             |                     |

Los datos de pacientes internos fueron recabados para todo el periodo de 24 meses. Los datos sobre el uso de otros servicios fueron recabados para el periodo de tres meses antes de la entrevista de seguimiento a los 12 y a los 24 meses. Los contactos de servicio para la atención de pacientes internos corresponden al número de días. Los costes corresponden a un periodo de 24 meses y son libras esterlinas de 2006/2007 (los datos de pacientes ambulatorios fueron multiplicados por 4 para obtener las cifras anuales para el seguimiento a uno y a dos años).

cional antes de ingresar en el programa de IPS. También cabe hacer notar que este estudio se llevó a cabo en zonas pobres de Londres, con una tasa más alta de desempleo en comparación con el promedio nacional, donde puede ser difícil lograr tasas de empleo competitivo incluso moderadas.

Por último, el programa IPS fue proporcionado por una agencia externa de apoyo al empleo. Tales organizaciones no gubernamentales bien establecidas pero económicamente no sólidas pueden no estar tan enfocadas en el IPS como las nuevas organizaciones de trabajo establecidas como programas de IPS (como en los EAC previos). Pese a la elevada tasa de lealtad al IPS, la separación de la agencia de apoyo al empleo de los servicios de salud mental también puede haber dado por resultado diferencias en la intervención recibidas por los pacientes en este estudio en comparación con las proporcionadas en modelos de asistencia más plenamente integrados.

Hay algunos indicios de que el grupo de estudio estaba más discapacitado que el incorporado en otros. Este grupo puede necesitar periodos más prolongados de apoyo y esto indica que el IPS de tiempo limitado puede obtener la misma utilidad en este grupo muy enfermo.

El estudio es el EAC más extenso sobre el modelo IPS en un contexto no estadounidense, con un alto grado de seguimiento y un grupo diverso de participantes. Por lo que respecta al posible efecto de deserción, los análisis de sensibilidad sólo arrojaron dudas sobre los hallazgos en las circunstancias extremas de que todas las deserciones encontraran trabajo (lo cual es improbable). Para el hallazgo con respecto a las proporciones que trabajaron, el ajuste con respecto a la única variable posiblemente relacionada con la pérdida de seguimiento (haber trabajado en los últimos cinco años) contribuyó en escaso grado a las conclusiones. Si bien hay indicios de falta de enmascaramiento en una pequeña proporción de los casos, la variable primaria fue una medida objetiva de encontrar un trabajo, de manera que debe haber tenido escasa repercusión en nuestros resultados.

Una fortaleza clave de este estudio es que se llevó en un contexto de «la vida real» en una zona de captación de los barrios pobres del centro de la ciudad en los que la mayoría de los pacientes con enfermedades mentales graves no obtienen empleo. Los hallazgos de este estudio también son importantes para resaltar las dificultades que se afrontan al poner en práctica el modelo de IPS en un contexto no estadounidense de pacientes con enfermedades mentales más graves.

Llegamos a la conclusión de que si bien el modelo IPS ha producido resultados útiles, estos son bastante más moderados en este estudio que en investigaciones previas y pueden necesitarse intervenciones adicionales para fomentar la integración social de la mayoría de las personas con enfermedades mentales graves.

## Agradecimientos

Este estudio fue respaldado por la Wellcome Trust (GR-071272MA), el King's Fund y la South London and Maudsley Charitable Foundation. Nos gustaría expresar nuestro agradecimiento a Status Employment que proporcionó la intervención y a todos los profesionales clínicos y participantes en este estudio.

## Bibliografía

1. Becker DR, Drake RE, Knoedler W et al. Individual placement and support: a community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Commun Ment Health J* 1994;30:193-212.
2. Bond GR, Salyers MP, Dincin J et al. A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:968-82.
3. Drake RE, McHugo GJ, Becker DR et al. The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:391-9.
4. Drake RE, McHugo GJ, Bebout RR et al. A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:627-33.
5. Gold PB, Meisler N, Santos AB et al. Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness. *Schizophr Bull* 2006;32:378-95.
6. Latimer EA, Lecomte T, Becker DR et al. Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: results of a Canadian randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006;189:65-73.
7. Lehman AF, Goldberg R, Dixon LB et al. Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:165-72.
8. Mueser KT, Clark RE, Haines M et al. The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:479-90.
9. Twamley EW, Narvaez JM, Becker DR et al. Supported employment for middle-aged and older people with schizophrenia. *Am J Psychiatr Rehabil* 2008;11:76-89.
10. Burns T, Catty J, Becker T et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007;370:1146-52.
11. Wong KK, Chui R, Tang B et al. A randomised controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong. *Psychiatr Serv* 2008;59:84-90.
12. Howard L, Heslin M, Leese M et al. The Supported Work and Needs (SWAN) study: a pragmatic randomised controlled trial of supported employment in South London. *Br J Psychiatry* (in press).
13. Wing JK, Babor T, Brugha T et al. SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:589-93.
14. Priebe S, Huxley P, Knight S et al. Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Int J Soc Psychiatry* 1999;45:7-12.
15. Slade M, Thornicroft G, Loftus L et al. Camberwell Assessment of Need (CAN). London: Gaskell, 1999.
16. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton: Princeton University Press, 1965.
17. Overall JE, Gorham DR. Brief Psychiatric Rating Scale. Rockville: U.S. National Institute of Health, Psychopharmacology Research Branch, 1976.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
19. Beecham J, Knapp M. Costing psychiatric interventions. London: Gaskell, 2001.
20. Bond GR, Becker DR, Drake RE et al. A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 1997;40:265-84.
21. Curtis L. Unit costs of health and social care. Canterbury: Personal Social Services Research Unit, 2007.
22. British National Formulary. BNF 51. London: BMJ Publishing Group, 2006.
23. Office of National Statistics. Standard Occupational Classification 2000. Vol. 2, The coding index. London: The Stationary Office, 2000.
24. Office of National Statistics. Annual local area labour force survey. London: Office of National Statistics, 2002.

# Enfermedades físicas en pacientes con trastornos mentales graves. II. Barreras para la atención, vigilancia y directrices de tratamiento, más recomendaciones al nivel del sistema e individual

MARC DE HERT<sup>1</sup>, DAN COHEN<sup>2</sup>, JULIO BOBES<sup>3</sup>, MARCELO CETKOVICH-BAKMAS<sup>4</sup>, STEFAN LEUCHT<sup>5</sup>, DAVID M. NDETEI<sup>6</sup>, JOHN W. NEWCOMER<sup>7</sup>, RICHARD UWAKWE<sup>8</sup>, ITSUO ASAI<sup>9</sup>, HANS-JURGEN MÖLLER<sup>10</sup>, SHIV GAUTAM<sup>11</sup>, JOHAN DETRAUX<sup>1</sup>, CHRISTOPH U. CORRELL<sup>12</sup>

<sup>1</sup>University Psychiatric Center, Catholic University Leuven, Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg, Belgium; <sup>2</sup>Department for Severe Mental Illness, Mental Health Organization North-Holland North, Heerhugowaard; Department of Epidemiology, University of Groningen, The Netherlands; <sup>3</sup>CIBERSAM; Department of Medicine - Psychiatry, University of Oviedo, Spain; <sup>4</sup>Department of Psychiatry, Institute of Cognitive Neurology, and Department of Psychiatry, Institute of Neurosciences, Favaloro University Hospital, Buenos Aires, Argentina; <sup>5</sup>Department of Psychiatry and Psychotherapy, Technische Universität München, Munich, Germany; <sup>6</sup>University of Nairobi and Africa Mental Health Foundation, Nairobi, Kenya; <sup>7</sup>Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, St. Louis, MO, USA; <sup>8</sup>Faculty of Medicine, Nnamdi Azikiwe University, Nnewi Campus, Nigeria; <sup>9</sup>Japanese Society of Transcultural Psychiatry; <sup>10</sup>Department of Psychiatry, University of Munich, Germany; <sup>11</sup>Psychiatric Centre, Medical College, Jaipur, India; <sup>12</sup>Albert Einstein College of Medicine, Bronx, NY, USA

Los trastornos orgánicos son, en comparación con la población general, más frecuentes en personas con enfermedades mentales graves (EMG). Si bien esta morbilidad y mortalidad excesiva en gran parte se deben a factores de riesgo relacionados con el estilo de vida que son modificables, la detección sistemática y la valoración de los aspectos de la salud física siguen siendo deficientes, incluso en los países desarrollados. Así mismo, factores específicos relacionados con el paciente, el proveedor de atención médica y el tratamiento, así como con el sistema, representan obstáculos para el reconocimiento y el tratamiento de las enfermedades físicas en personas con EMG. Los psiquiatras pueden desempeñar un papel fundamental para mejorar la salud física de estos pacientes al expandir su tarea a partir de la atención psiquiátrica clínica hacia la vigilancia y el tratamiento de las variables físicas decisivas. A un nivel de sistema no es fácil poner en práctica las acciones, sobre todo en los países en vías de desarrollo. Sin embargo, a un nivel individual, incluso el seguimiento sencillo y muy básico y las acciones de tratamiento llevadas a cabo por el profesional clínico tratante, pueden ya mejorar el problema de la atención médica no óptima en esta población. El apegarse a las directrices de vigilancia y tratamiento dará por resultado una mejora sustancial de los resultados en la salud orgánica. Así mismo, los psiquiatras pueden ayudar a educar y motivar a las personas con EMG para que modifiquen su estilo de vida no óptimo, lo que comprende tabaquismo, tipos de alimentación no saludables y falta de ejercicio. La adopción de las recomendaciones presentadas en este artículo para los sistemas de atención a la salud en todo el mundo contribuirá a una mejora importante en los resultados de la salud médica y psiquiátrica relacionada de los pacientes con EMG.

**Palabras clave:** enfermedades físicas, enfermedades mentales graves, salud física, atención a la salud, obstáculos, discrepancias en la salud, vigilancia y directrices de tratamiento.

(World Psychiatry 2011;10:138-151)

Como se describió en la primera parte de esta publicación de dos partes (1), las personas con enfermedades graves (EMG) tienen más riesgo de un gran número de trastornos físicos que exigen atención clínica. Las personas con EMG tienen el derecho a las mismas normas de atención que el resto de la población. Sin embargo, las tasas de enfermedades físicas no diagnosticadas y no tratadas son mayores en individuos con EMG que en la población general. Pese al hecho de que el incremento de la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades físicas en los pacientes con EMG en gran parte se debe a factores de riesgo relacionados con el estilo de vida que son modificables (1), hay suficientes pruebas indicativas de que las discrepancias no sólo en el acceso y la utilización de la asistencia sanitaria, sino también en la provisión de cuidados de la salud, contribuyen a estos desenlaces desfavorables en la salud física (2, 3). Según un estudio reciente, las personas con trastornos psicóticos, trastorno bipolar o trastorno depresivo mayor tienen un incremento considerable de las posibilidades de notificar dificultades para lograr acceso a la atención médica (oportunidades relativas = 2,5 a 7,0) (4).

Si bien la igualdad en el acceso y la provisión de la asistencia a la salud debieran concebirse como un derecho humano básico, una confluencia de factores relacionados con el paciente, el proveedor de atención, el tratamiento y el sistema ha creado una

situación en la cual el acceso a la atención sanitaria y su calidad son problemáticos para las personas con EMG (5). En la tabla 1 se resumen los obstáculos para el reconocimiento y el tratamiento de las enfermedades somáticas en los pacientes con EMG.

En muchos casos, el único contacto de los pacientes con EMG con el servicio de la salud es a través del equipo de atención a la salud mental. Así mismo, debido a su EMG, estos pacientes tienen menos capacidad que otros de interpretar signos físicos y de resolver sus problemas y de atenderse por sí mismos, lo cual plantea una mayor responsabilidad por parte del personal de la atención a la salud mental para estar al frente en la atención a la salud física de estos pacientes (6). En dos congresos para consenso se ha recomendado a los proveedores de servicios de salud mental que adopten la responsabilidad de la salud física de sus pacientes (7,8). Sin embargo, pese a los datos que indican que la sensibilización de los psiquiatras para expandir sus tareas e incluir valoraciones de la salud mental y física en los pacientes con EMG se puede mejorar mediante directrices acordadas (9), muchos psiquiatras todavía consideran que su función primaria o, incluso única, es brindar atención clínica relacionada con el control de los síntomas psiquiátricos y se muestran renuentes a vigilar la salud física (6).

Aunque muchos obstáculos pueden estar relacionados con el paciente y su enfermedad o con el profesional clínico y su tratamiento médico, la reintegración de los servicios de

**Tabla 1.** Obstáculos para el reconocimiento y el tratamiento de las enfermedades somáticas en pacientes con enfermedades mentales graves (EMG)

| Factores relacionados con el paciente y la enfermedad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Factores relacionados con el tratamiento                                                                                             | Factores relacionados con el psiquiatra                                                                                                                                                                                                            | Factores relacionados con otros médicos                                                                                             | Factores relacionados con el paciente y la enfermedad                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| No buscar atención física adecuada a los síntomas de las EMG (p. ej., alteración cognitiva, aislamiento social y suspicacia) (13)                                                                                                                                                                                                                                                                 | Repercusión nociva (p. ej., obesidad, DM de tipo 2, ECV, hiperprolactinemia, xerostomía) de psicofármacos sobre la salud física (14) | Tendencia a enfocarse en la salud mental más que en la somática (15) con infrecuente exploración física inicial y subsiguiente de los pacientes (13)                                                                                               | Estigmatización de las personas con trastornos mentales (7,13,17,21)                                                                | Obstáculos económicos, sobre todo en los países en vías de desarrollo (16), escasez de financiamiento en algunos países para la atención somática general a los pacientes con EMG (7) |
| La dificultad para comprender los consejos de asistencia a la salud o llevar a cabo los cambios necesarios en el estilo de vida debido a síntomas psiquiátricos y consecuencias adversas relacionadas con las enfermedades mentales (p. ej., logro educativo bajo, reducción de las redes sociales, falta de empleo y apoyo familiar, pobreza, condiciones de vivienda deficientes) (12,14,17,18) |                                                                                                                                      | Comunicación deficiente con el paciente o con el personal de asistencia a la salud primaria (15)                                                                                                                                                   | Las manifestaciones físicas se consideran como síntomas psicósomáticos (2)                                                          | Altos costos de la atención (integrada) (19)                                                                                                                                          |
| Gravedad de la enfermedad mental (pacientes con EMG tienen menos consultas al médico, y los pacientes más graves son los que consultan menos) (20)                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                      | Manifestaciones físicas consideradas como síntomas psicósomáticos (2)                                                                                                                                                                              | Calidad de la atención no óptima y deficiente ofrecida por los profesionales clínicos a los pacientes con EMG (7,17,33-38)          | Falta de acceso a la atención a la salud (7,19,22,23)                                                                                                                                 |
| Factores de riesgo relacionados con la salud y factores relacionados con el estilo de vida (p. ej., abuso de sustancias, alimentación deficiente, tabaquismo, falta de ejercicio y prácticas sexuales inseguras) (2,20,24,25)                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                      | Calidad de la atención no óptima y deficiente ofrecida por los profesionales clínicos a los pacientes con EMG (7,17,32-38). Falta de valoración, seguimiento y continuidad de la asistencia a la salud física de las personas con EMG (2,14,39-41) | Falta de valoración, vigilancia y continuidad de la asistencia del estado de salud física de las personas con EMG (2,14,39-41)      | Falta de claridad y consenso con respecto a quién se debiera encargar de detectar y atender los problemas físicos en pacientes con EMG (2,7,14)                                       |
| Menos adaptado al tratamiento (26,27,28)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                      | Las directrices se perciben como una amenaza para la autonomía, no son bien conocidas o no son clínicamente aceptadas (43)                                                                                                                         | Personal no equipado o mal financiado para brindar atención a los problemas de conducta y emocionales de los pacientes con EMG (46) | Fragmentación o separación de los sistemas de atención a la salud médica y mental, falta de integración a los servicios (2,7,17,29)                                                   |
| No se percata de los problemas físicos debido a déficit cognitivos (30,31) o a una menor sensibilidad al dolor a causa de medicación AP (30,31)                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                      | Falta de conocimiento con respecto a problemas médicos (47)                                                                                                                                                                                        | Complejidad e inversión de tiempo prolongado para coordinar los fármacos para problemas médicos y psiquiátricos (17)                | Recursos insuficientes para la atención a la salud mental que brindan escasas oportunidades para que los especialistas se enfoquen en aspectos ajenos a su especialidad central (2)   |
| Estado de inmigrante o diversidad cultural y étnica (42)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                      | Creencias erróneas (los pacientes con EMG no pueden adoptar estilos de vida saludables, el aumento de peso es principalmente un efecto adverso de los fármacos, medicamentos con menos riesgo cardíaco y menos eficacia) (45)                      |                                                                                                                                     | Falta de protección de seguro de salud (7,17)                                                                                                                                         |
| Falta de destrezas sociales (3) y dificultades para comunicar las necesidades físicas (44)                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                      | Equipos o no bien financiados para atender los problemas de conducta y emocionales de los pacientes con EMG (46)                                                                                                                                   |                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                       |

DM, diabetes mellitus; ECV, enfermedades cardiovasculares; AP, antipsicóticos.

atención psiquiátrica y de salud general, con la meta final de proporcionar servicios óptimos a esta población de pacientes vulnerables, parece representar una de las dificultades más importantes para la atención psiquiátrica hoy día (7,10). Sin embargo, esto es sólo una parte del cuadro más general: 37% de 195 países en el mundo no tienen siquiera un presupuesto específico para la salud mental y 25% de los países (de los 101 países que notificaron su presupuesto para la salud mental) invierten en la salud mental menos de 1% de su presupuesto total para la atención a la salud (11). En algunas partes del mundo, los recursos destinados a la salud mental son incluso más precarios. En África y en las regiones del Pacífico Occidental se observó que sólo la mitad de los países cuentan con una política de salud mental (12). Así mismo, tanto en los países en vías

de desarrollo como en los desarrollados, la estigmatización, la discriminación, las creencias erróneas y las actitudes negativas asociadas a las EMG tendrán que eliminarse para lograr la igualdad de acceso a la atención sanitaria y su prestación. Dadas las diferencias entre regiones y países (p. ej., nivel de desarrollo económico, presupuestos de atención a la salud, disponibilidad de personal de atención a la salud mental, etc.), la mayor parte de las acciones se debiera adaptar a las necesidades y circunstancias locales (7).

## VIGILANCIA Y DIRECTRICES DE TRATAMIENTO

Las tasas de mortalidad excesiva de las personas con EMG en gran parte se deben a factores de riesgo para la salud mo-



dificables (1). Por tanto, la vigilancia y el tratamiento de estos factores debieran ser una parte de la asistencia sistemática clínica del psiquiatra. Así mismo, para abordar el problema del tratamiento médico no óptimo en pacientes con EMG, es necesario realizar cambios en el sistema de atención a la salud y su prestación (48), en el cual el psiquiatra, una vez más, puede y debiera desempeñar un papel fundamental.

## Vigilancia

Los exámenes de la salud física se debieran enfocar en la vigilancia de (49-51):

- Aumento de peso y obesidad (índice de masa corporal, IMC; perímetro de la cintura, PC);
- Tensión arterial;
- Ingesta alimentaria;
- Grado de actividad y ejercicio;
- Consumo de tabaco y alcohol o de otras sustancias;
- Concentraciones sanguíneas de glucosa en ayunas;
- Concentraciones sanguíneas de lípidos en ayunas, sobre todo triglicéridos y colesterol de las lipoproteínas de gran densidad (HDL);
- Concentraciones de prolactina (si es necesario según lo indiquen los síntomas del sistema reproductor o los sexuales);
- Riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) y variables electrocardiográficas (ECG);
- Salud mental;
- Pruebas funcionales hepáticas, hemograma, hormonas tiroideas, electrólitos (periódicamente; según sean necesarios).

Muchas de estas pruebas para la vigilancia de la salud somática son simples, fáciles de realizar y poco costosas (6,52,54) y por tanto pueden y se debieran poner en práctica en los sistemas de atención a la salud de países desarrollados al igual que en los países en vías de desarrollo. Así mismo, incluso en los países en vías de desarrollo, varias de estas determinaciones simples y poco costosas (p. ej., peso corporal y tensión arterial) las puede realizar en forma sistemática el personal sanitario no médico.

La detección sistemática y la valoración de la salud física debiera comenzar con los antecedentes personales y familiares de los pacientes, abarcando (40): diabetes mellitus (DM), hipertensión, enfermedades cardiovasculares (infarto del miocardio o accidente cerebrovascular, incluida la edad de inicio), tabaquismo, dieta, actividad física. En segundo lugar, dado que los componentes individuales del síndrome metabólico (SMet) (véase 1) son decisivos para pronosticar la morbilidad y la mortalidad de las ECV, la DM, las neoplasias malignas y otras enfermedades relacionadas, se deben verificar éstas y otras variables no metabólicas al inicio y determinarse con regularidad a partir de entonces (46,51). Por lo que respecta a las variables metabólicas, se ha de recordar que los pacientes que nunca han recibido fármacos y que se encuentran en su primer episodio, así como los niños y los adolescentes con trastornos psicóticos, tienen más riesgos de efectos secundarios metabólicos de los fármacos (55,56). Se han notificado en estos pacientes, aunque no siempre, valores iniciales más altos de peso corporal y distribución del tejido adiposo visceral, así como datos de alteraciones de metabolismo de la glucosa y los lípidos en los análisis de laboratorio (57). Así mismo, los pacientes jóvenes de origen étnico no caucásico que nunca han recibido fármacos y que tienen un antecedente familiar o personal de factores

de riesgo metabólico muestran más posibilidades de presentar efectos secundarios metabólicos (57).

## Obesidad abdominal

Los psiquiatras, sea cual sea la medicación que receten, debieran vigilar y registrar en un gráfico el IMC y el perímetro de la cintura de todo paciente con EMG en cada consulta, y debiera fomentar que los pacientes vigilen y registren su propio peso (58). El perímetro de la cintura al parecer es una determinación más útil que el IMC. Los datos prospectivos de pacientes con alteraciones de la tolerancia a la glucosa revelaron que la adiposidad central, al tener una importante correlación con la resistencia a la insulina (59), pronosticaba mejor la DM de tipo 2 futura que el IMC (60). El perímetro de la cintura también es un indicador más potente que el IMC de la tensión arterial sistólica, el colesterol de la HDL o los triglicéridos (61) y se ha propuesto como la mejor medida individual para identificar a las personas con alto riesgo de ECV y síndrome metabólico (52). También es una herramienta simple para valorar la posibilidad de resistencia a la insulina: en un estudio, un perímetro de la cintura de < 100 cm descartó resistencia a la insulina en 98% de los hombres y 94% de las mujeres (61). Esta valoración se puede realizar fácilmente con una cinta métrica para la cintura simple y económica. La definición de la Internacional Diabetes Federation (IDF) (véase 1) proporciona criterios específicos de género sexual y raza para definir un PC elevado en la identificación de personas con obesidad central, adaptando de esta manera este criterio para volverlo también aplicable a poblaciones no caucásicas. Sin embargo, en múltiples estudios se ha observado que pocas veces se mide el perímetro de la cintura (62-64).

Los otros criterios del síndrome metabólico, es decir, tensión arterial, glucosa plasmática en ayunas y lipidograma en ayunas, también se debieran valorar, incluso cuando el PC es normal. A medida que se combinan los componentes del síndrome metabólico, la presentación de uno a menudo señala la manifestación de los otros.

## Tensión arterial

La hipertensión arterial en los pacientes con EMG se suele pasar por alto (65). Dado que el costo de la determinación de la tensión arterial es bajo y la hipertensión es un factor de riesgo relevante para ECV, la tensión arterial puede y se debe valorar de manera sistemática, incluso en cada consulta. Se puede definir la hipertensión como una tensión arterial sistólica de  $\geq 130$  mm Hg o una tensión arterial diastólica de  $\geq 85$  mm Hg (66). Este diagnóstico exige por lo menos dos medidas diferentes independientes que corresponden al intervalo de hipertensión (65). Las personas con una tensión arterial sistólica de 120 a 130 mm Hg o una tensión arterial diastólica de 80 a 85 mm Hg debieran considerarse prehipertensas y precisan modificaciones en su estilo de vida para evitar la cardiopatía (67).

## Valores de glucemia y lípidos

Se debe obtener una determinación inicial de las concentraciones plasmáticas de glucosa en todos los pacientes antes de iniciar el tratamiento (58). En pacientes que comienzan el tratamiento antipsicótico (AP) es preciso llevar a cabo pruebas de punción del dedo al inicio, a las seis y a las 12 semanas para identificar los casos iniciales de hiperglucemia y luego, como

mínimo, cada año. Después se pueden llevar a cabo las pruebas de valoración de laboratorio formales cuando sea necesario (68). En condiciones ideales la determinación de la glucemia se debe llevar a cabo en ayunas, pues esta es la determinación más sensible para detectar la aparición de anomalías de la glucemia. Sin embargo, esto puede resultar problemático de llevar a cabo. En casos en los que los pacientes acuden no en ayunas, es preferible obtener una prueba de glucemia aleatoria (o prueba de hemoglobina A1c o ambas) en vez de pasar por alto la oportunidad de la detección (6). Un valor anormal de la prueba (glucosa plasmática en ayunas de  $\geq 126$  mg/100 ml o un valor de hemoglobina A1c  $\geq 6,5\%$ ) (69) indican la posibilidad de diabetes mellitus. Las concentraciones plasmáticas de glucosa en ayunas de entre 100 y 125 mg/100 ml (o valores de hemoglobina A1c de 5,7 a 6,4%) son indicativas de prediabetes y deberían también ser motivo para una valoración más estrecha y seguimiento. Sin embargo, es necesario descartar la posibilidad de resultados positivos falsos mediante al menos una determinación repetida de la glucosa plasmática en ayunas. Si se confirma la anomalía, es preciso aumentar la frecuencia de las determinaciones de la glucosa plasmática en ayunas a cuatro veces al año para valorar la rapidez del incremento. Así mismo, si las concentraciones plasmáticas de glucosa son  $\geq 126$  mg/100 ml o los valores de hemoglobina A1c son  $> 6,4\%$ , es necesario descartar la posibilidad de resultados positivos falsos mediante al menos una determinación repetida de la glucosa plasmática en ayunas. Una segunda determinación que confirme la anomalía debe ser motivo para una interconsulta a un médico internista u otro médico de atención primaria para una valoración adicional y, de ser posible, tratamiento. Es importante hacer notar que la hemoglobina A1c refleja la media de las concentraciones de glucosa durante los últimos tres meses. Esto es excelente como meta de resultado del tratamiento, pero tal vez no es lo suficientemente sensible para detectar hiperglucemia en las etapas iniciales (70).

En pacientes que tienen factores de riesgo importantes para diabetes mellitus (antecedentes familiares, IMC  $\geq 25$ , perímetro de la cintura superior a los valores críticos, diabetes gestacional, minoría étnica) se han de determinar las concentraciones plasmáticas de glucosa en ayunas o vigilar el valor de la hemoglobina A1c en los mismos intervalos que los pacientes que comienzan la medicación (inicial, semanas seis y 12) pero a partir de entonces se debe verificar con más frecuencia (aproximadamente cada tres a seis meses). Los pacientes que están aumentando 7% o más de su peso inicial también deben ser objeto de determinación de su concentración plasmática de glucosa en ayunas o vigilancia de su valor de hemoglobina A1c con más frecuencia, por ejemplo, cada cuatro meses (58).

Dada su alta mortalidad, se ha de prestar atención especial a la cetoacidosis diabética (CAD). Los signos y los síntomas de CAD a menudo se presentan con rapidez, a veces en las primeras 24 horas. Es posible que se observe poliuria y polidipsia, náuseas y vómitos, dolor abdominal, anorexia, pérdida de peso no intencional, fatiga, respiraciones de Kussmaul (un tipo de respiración profunda e hiperventilación en respuesta a la acidosis metabólica), aliento afrutado, somnolencia y confusión. La presentación clínica de un paciente con CAD varía considerablemente dependiendo de la gravedad del episodio (p. ej., los pacientes con enfermedad leve o moderada pueden sólo describir síntomas vagos de fatiga, letargia, apetito deficiente o cefalea). En la DM de tipo 2, la poliuria y la polidipsia pueden haber estado presentes por semanas a meses. Los signos más específicos de CAD, que se pueden detectar a través de los análisis de laboratorio, son concentración de glucosa san-

guínea  $> 250$  mg/100 ml, pH  $< 7,3$  y un grado moderado de cetonemia o cetonuria (71-74).

Así mismo, se han de valorar las variables de los lípidos (sobre todo triglicéridos y colesterol de las HDL) al inicio y a los tres meses, con valoraciones cada 12 meses a partir de entonces. Es innecesaria la detección sistemática más frecuente, a menos que los valores sean anormales. Las cifras anormales para el colesterol total son  $> 190$  mg/100 ml en los pacientes sin diabetes mellitus y  $> 175$  mg/100 ml en los pacientes con diabetes mellitus. Los valores anormales de colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (LDL) sin y con diabetes mellitus son  $> 115$  mg/100 ml y  $> 100$  mg/100 ml, respectivamente (65). Sin embargo, el costo y la falta de disponibilidad de esta valoración pueden no volverla factible como una determinación sistemática en todas las circunstancias y todos los pacientes.

#### *Riesgo de ECV y variables electrocardiográficas*

Se ha de calcular el riesgo individual de enfermedades cardiovasculares del paciente a partir de su edad, género sexual, presentación o no presentación de diabetes mellitus, tabaquismo, tensión arterial sistólica y colesterol total o el cociente de colesterol total a colesterol de las HDL con referencia a las directrices publicadas, los protocolos locales o calculadoras de riesgo en línea. Estas determinaciones son relativamente sencillas y fácilmente accesibles (54).

En el contexto psiquiátrico suele ser difícil obtener rápidamente un ECG al igual que en otras circunstancias médicas agudas. En países con menos desarrollo económico, la obtención de un ECG puede ser aún más problemática. En estos casos, sea cual sea el fármaco psicoactivo que un psiquiatra pretenda prescribir, se debe preguntar a los pacientes sobre sus riesgos cardíacos, por ejemplo, antecedentes familiares de muerte cardíaca temprana (es decir,  $< 50$  años en hombres y  $< 55$  años en las mujeres), antecedente personal de un soplo cardíaco, prescripción previa de medicamentos cardíacos o antihipertensivos o si alguna vez ha tenido un episodio de síncope simple (51). No obstante, es preciso valorar bien la determinación de las variables electrocardiográficas como un requisito inicial. Proponemos que la vigilancia electrocardiográfica de los pacientes con enfermedades mentales graves tiene que verse como una variable inicial idónea para valorar el estado de salud cardíaca global. Por regla general recomendamos que en todo paciente se obtenga un electrocardiograma antes de iniciar la medicación. A partir de entonces, dependiendo de la recomendación del cardiólogo, se puede repetir la vigilancia electrocardiográfica. Una valoración electrocardiográfica inicial es muy importante en los pacientes con factores de riesgo clínicos para arritmias, es decir, aquellos con un antecedente familiar de muerte cardíaca temprana, antecedente personal de un soplo cardíaco, hipertensión o diabetes, taquicardia en reposo, latidos cardíacos irregulares y accesos de desmayo, sobre todo con el esfuerzo.

#### *Determinación de la prolactina*

De ser posible, para tener un valor de referencia se han de determinar las concentraciones de prolactina en todos los pacientes al inicio. Si es demasiado costosa la prueba, las concentraciones de prolactina sólo se determinarán en caso de que se notifiquen anomalías sexuales o del sistema reproductor. No obstante, es necesario preguntar sobre ellas en forma directa y realizar su seguimiento. Las anomalías del sistema reproductor que son motivo para una determinación de la concentración de

prolactina son amenorrea u oligomenorrea (es decir, < 9 ciclos menstruales por año), galactorrea, ginecomastia en los hombres o hipersensibilidad y dolor en las mujeres. La disfunción sexual que debe ser motivo para la determinación de prolactina incluye nuevos síntomas o los que coincidieron con el tratamiento antipsicótico o el cambio de dosis, lo que comprende disminución de la libido, disfunción eréctil o de la eyaculación, problemas con la excitación o el orgasmo. En estos casos se ha de determinar la prolactina cada tres meses, sobre todo al incrementar la dosis de compuestos conocidos que elevan las concentraciones de prolactina. Aunque el profesional clínico debe tener presente que los valores límite de laboratorio pueden diferir entre los diferentes centros (75,76), casi en todos los laboratorios los valores normales de prolactina se establecen en 20 ng/ml (424 mUI/ml) para los hombres y 25 ng/ml (530 mUI/l) para las mujeres (77). Un factor que complica la situación al determinar las concentraciones de prolactina es la detección de macroprolactina, que es en esencia biológicamente inactiva, pero que puede dar por resultado concentraciones de prolactina falsamente elevadas según se determinan mediante muchos análisis (78). Los estimados conservadores indican que la macroprolactina conduce a un diagnóstico equivocado hasta en 10% de todos los casos notificados de hiperprolactinemia bioquímica (79). En los casos en los que aumenta notablemente la prolactina, la notificación de la prolactina monomérica estimada en vez de simplemente «macroprolactina positiva» puede evitar los análisis innecesarios.

Con el tratamiento antipsicótico, las concentraciones de prolactina inferiores a 200 ng/ml y, principalmente por debajo de 100 ng/ml son muy frecuentes. Hasta el momento, se desconoce la importancia fisiológica de estas concentraciones, a menos que el hipogonadismo (es decir, un estado de reducción notable de la producción de las hormonas sexuales) sea el resultado, lo cual se ha relacionado con osteoporosis y riesgo de fracturas. El riesgo de carcinoma de mama es mucho menos claro. Lo que parece ser seguro es que cualquier concentración de prolactina que produzca hipogonadismo debe ser motivo para un cambio de tratamiento a un antipsicótico que incremente menos las concentraciones de esta hormona (p. ej., quetiapina, aripiprazol o, en pacientes resistentes al tratamiento, clozapina). El estudio de resonancia magnética (RM) de la silla turca para descartar un prolactinoma sólo se ordenará después que se hayan descartado otras causas de incremento de la prolactina (p. ej., insuficiencia renal crónica mediante la valoración de creatinina, hipotiroidismo mediante la determinación de hormona estimulante del tiroides y embarazo o anticonceptivos orales), si las concentraciones de prolactina son superiores a 200 ng/ml y no disminuyen después de un cambio a un fármaco con menos riesgo, o si se observan defectos visuales laterales, lo que hará sospechar un prolactinoma (80).

#### Salud oral

Aunque muchos profesionales clínicos no consideran que sea importante la salud oral, esta debe valorarse de la misma manera que otros problemas de salud física (81,82). Se han de valorar los factores de riesgo para un estado de salud oral deficiente (p. ej., tabaquismo, efectos secundarios de fármacos) y los cuidados orales individuales (83).

#### Cómo y cuándo llevar a cabo la detección

Los programas de detección física y de vigilancia son bien aceptados por los pacientes y se pueden llevar a cabo en diversas circunstancias. Contrario a la creencia general, no es difícil

**Tabla 2.** Determinaciones sistemáticas para aplicar en el seguimiento y la valoración de la salud somática de pacientes con EMG que tienen valores iniciales normales (de acuerdo con 64, 65 y 88)

|                                             | Inicio | 6 semanas | 3 meses | Por lo menos a los 12 meses y a partir de entonces cada año |
|---------------------------------------------|--------|-----------|---------|-------------------------------------------------------------|
| Antecedentes personales y familiares        | X      |           |         |                                                             |
| Tabaquismo, ejercicio, hábitos alimentarios | X      | X         | X       | X                                                           |
| Peso (índice de masa corporal)              | X      | X         | X       | X                                                           |
| Perímetro de la cintura                     | X      | X         | X       | X                                                           |
| Tensión arterial                            | X      | X         | X       | X                                                           |
| Glucosa plasmática en ayunas                | X      | Xa        | X       | X                                                           |
| Lipidograma en ayunas                       | X      |           | X       | X                                                           |
| Variables ECG                               | X      |           |         |                                                             |
| Prolactina                                  | Xb     |           | Xc      | Xc                                                          |
| Salud mental                                | X      |           |         | X                                                           |

<sup>a</sup>Esta valoración de la glucemia temprana para descartar el inicio rápido de diabetes se ha recomendado en Europa, pero no en Estados Unidos. bSi es posible, contar con algunos valores de referencia o si esto es demasiado costoso sólo se comunica en caso de anomalías sexuales o del sistema reproductor; cSólo en caso de disfunción sexual que coincidió con el tratamiento antipsicótico o con el cambio de dosis.

motivar a la mayoría de los pacientes para que acepten la valoración de la glucosa en ayunas y casi todos muestran interés en obtener y comentar los resultados de los análisis (53,54).

La detección de los pacientes mediante un algoritmo (84), un formulario de seguimiento (85) o un gráfico de riesgo (65,86) es una opción más sencilla que utilizar las directrices más complejas y detalladas ya publicadas. Si bien en años recientes, grupos nacionales e internacionales han elaborado directrices para la detección sistemática del seguimiento (58,84,87-95), no parecen ponerse en práctica en forma sistemática en la atención clínica a los pacientes (62,64,96,97).

Se ha de llevar a cabo la vigilancia de seguimiento a intervalos apropiados (98) (tabla 2). Las valoraciones de la salud somática se han de registrar en la historia clínica mostrando las fechas y los resultados de las valoraciones en comparación con los intervalos de referencia (54). Durante las fases iniciales del tratamiento es importante determinar el peso corporal cada semana para identificar a los pacientes que aumentan de peso con rapidez. Waterreus y Laugharne (84) recomiendan la detección sistemática de todos los pacientes con cualquier medicamento al inicio (para identificar a los individuos con alto riesgo y para garantizar la detección oportuna de los cambios en las variables metabólicas) y, como mínimo, cada tres meses. Otras directrices proponen la detección y el seguimiento al inicio, a los tres meses, a los 12 meses y cada año, a menos que los pacientes aumenten un mínimo de 7% del peso corporal inicial o tengan más riesgo de efectos adversos sobre la salud (p. ej., antecedente familiar de diabetes mellitus o muerte cardíaca en etapa temprana, antecedente personal de preobesidad u obesidad, diabetes mellitus gestacional, minoría étnica, etc.).

Si el paciente tiene obesidad central, hipertensión arterial ( $\geq 130/85$  mm Hg), prediabetes (glucosa plasmática en ayunas = 100 a 125 mg/100 ml o hemoglobina A1c = 5,7 a 6,4%) o diabetes mellitus (glucosa plasmática en ayunas  $\geq 126$  mg/100 ml o hemoglobina A1c  $> 6,4\%$  o dislipidemia intensa (colesterol total  $> 350$  mg/100 ml; colesterol de las LDL  $> 160$  mg/100 ml; triglicéridos  $> 300$  mg/100 ml), se ha de remitir al médico

**Tabla 3.** Repercusión de las diversas intervenciones en la salud global (véase 103-108)

| Intervención                                                                       | Repercusión en la salud global                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mantenimiento del peso corporal ideal                                              | 35-60% ↓ CPC                                                                                                                                         |
| Pérdida de peso                                                                    |                                                                                                                                                      |
| 4-5%                                                                               | Descartar la necesidad de antihipertensivos en adultos y ancianos                                                                                    |
| 5-7%                                                                               | 58% de reducción del riesgo de DM de tipo 2 en adultos                                                                                               |
| 6-7%                                                                               | Mejoría del síndrome metabólico mediante disminución del colesterol de las LDL y la insulina en ayunas                                               |
| 10%                                                                                | Reducción de riesgo de hasta 4% de por vida para la cardiopatía y aumento de la esperanza de vida hasta siete meses                                  |
| 10% ↓ colesterolemia                                                               | 30% ↓ CPC                                                                                                                                            |
| 4-6 mm Hg ↓ TA alta (>14/9 mm Hg)                                                  | 16% ↓ en CPC y 42% ↓ en ACV                                                                                                                          |
| Dejar de fumar                                                                     | 50-70% ↓ en CPC                                                                                                                                      |
| Mantener un estilo de vida activo (por lo menos una caminata diaria de 30 minutos) | 35-55% ↓ en CPC (mujeres)<br>18% ↓ en CPC (hombres)<br>Reducción de 27% en ACV<br>40-50% ↓ en riesgo de cáncer<br>33-50% ↓ en riesgo de presentar DM |

CPC, cardiopatía coronaria; DM, diabetes mellitus; TA, tensión arterial; ACV, accidente cerebrovascular.

de atención primaria para que trate estos trastornos, a menos que los consejos simples para un estilo de vida saludable o el ajuste del comportamiento o el cambio a un medicamento con menos riesgo cardiometabólico puedan resolver estos trastornos médicos en forma adecuada (17,99).

**Tratamiento**

Muchas personas con EMG no se dan cuenta de la necesidad de cambiar o no poseen el conocimiento y las destrezas necesarias para hacer cambios en su estilo de vida. Psiquiatras, médicos, enfermeras y otros miembros del equipo interdisciplinario pueden ayudar a aleccionar y motivar a las personas con EMG para que modifiquen su estilo de vida, lo que comprende tabaquismo, dieta y ejercicio, mediante el empleo de intervenciones eficaces en la conducta (57,100). A los pacientes con EMG lo mismo que a sus familias y cuidadores, se les ha de instruir en torno a estilos de vida saludables y han de recibir recursos psicoeducativos que les facilite su comprensión. No es necesario que la psicoeducación la administre un especialista (p. ej., un nutricionista), ni es precisa una capacitación especial, pero la ha de administrar el personal en la clínica de salud mental. Se pueden obtener consejos e intervenciones en el estilo de vida utilizando los recursos ya disponibles del servicio tradicional local (6). A los pacientes se les ha de brindar retroalimentación positiva y apoyo (17) y se debe adaptar el tratamiento para cumplir las necesidades individuales de los pacientes con EMG (14). Intervenciones no farmacológicas, que incorporan modificaciones de la alimentación y de la actividad física, mostraron perspectivas favorables por lo que respecta a la prevención del aumento de peso en la esquizofrenia (94-103). La repercusión en la salud global de un paciente, aun con los cambios sencillos en el estilo de vida, es considerable (tabla 3). Una dieta saludable, la actividad física con regularidad y el dejar de fumar son los componentes clave para disminuir la prevalencia y la repercusión de los factores de riesgo modificables. Sin embargo, si no dan resultado las intervenciones en el estilo de vida, puede haber indicaciones para el tratamiento farmacológico, el que comprende estatinas, antihipertensivos o antidiabéticos. Estos fármacos se han de prescribir y controlar de la misma manera que para la población general y por lo regular son bien tolerados (109,110). Además, se puede intentar

con el tratamiento farmacológico añadido para reducir el peso relacionado con el antipsicótico. Hasta el momento, la mayor parte de las pruebas disponibles corresponden a la metformina (500 a 1000 mg cada 12 horas con las comidas) o topiramato (50 a 200 mg en dosis fraccionadas) (111).

*Alimentación*

Muchos pacientes con EMG desconocen los componentes de una alimentación saludable (46). Suele saberse que los pacientes con esquizofrenia consumen una alimentación más rica en materia grasa (111), más rica en azúcares refinados (112), más baja en fibra (25) y escasa en frutas y verduras (113). Por tanto, es útil la educación nutricional (46). Se ha de recomendar a los pacientes que eviten jugos y refrescos que contengan azúcar e, incluso edulcorantes artificiales, así como los alimentos ricos en calorías, ricos en grasas y nutricionalmente deficientes, tales como la comida rápida y los refrigerios no saludables. Siempre que sea posible los profesionales clínicos deben resaltar la importancia de consumir alternativas saludables, tales como fruta y verdura frescas, pescado y carnes magras de una manera equilibrada. Aunque se recomienda aleccionar a los pacientes (lo mismo que a su familia y cuidadores) sobre los alimentos saludables, deben comprender que los cambios del estilo de vida han de ser graduables. La mayoría de las personas que experimentan una pérdida rápida de peso sin modificaciones graduales de la conducta recuperarán su peso previo. La pérdida rápida de peso incrementa la posibilidad de que se presenten cálculos biliares de colesterol. Así mismo, muchas toxinas se almacenan en el tejido adiposo y una reducción de peso rápida puede liberar estas toxinas con demasiada rapidez (46).

Los cambios en la composición de la alimentación pueden tener efectos considerables. La pérdida de peso tiene muchas ventajas relacionadas con la salud que son muy importantes para los pacientes con EMG, lo que comprende una reducción del riesgo de diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares, la reducción de las concentraciones séricas de triglicéridos y colesterol de las LDL, aumento de las concentraciones de colesterol de las HDL y disminución de las concentraciones de glucosa en sangre y de hemoglobina A1c en pacientes con DM de tipo 2. Sin embargo, las intervenciones dirigidas a la nutrición, el control del peso y la actividad física no se han vuelto



**Tabla 4.** ejemplos de intervenciones en la conducta para mejorar la salud de los pacientes con enfermedades mentales graves (véase 5,44,99)

| Aspecto de interés | Herramientas educativas recomendadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dieta              | <p>Conducta alimentaria saludable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducir los alimentos rápidos</li> <li>- Aumentar elementos de la alimentación saludable (fruta, verduras, pescado), disminuir los alimentos con alto índice glucémico y los lípidos monoinsaturados</li> <li>- Disminuir los alimentos procesados sin materia grasa</li> <li>- Seleccionar refrigerios saludables</li> <li>- Controlar el tamaño de las porciones</li> <li>- Consumir cuatro a seis comidas, pero pequeñas</li> <li>- Comer con más lentitud</li> <li>- Minimizar la ingesta de las gaseosas con azúcar y edulcorantes artificiales</li> </ul> |
|                    | <p>Educativas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leer las etiquetas de los envases de los alimentos</li> <li>- Aprender a distinguir las diferencias entre el apetito y el comer fisiológicos y psicológicos</li> <li>- Mantener diarios/planes/tabla de intercambio de alimentos</li> <li>- Aprender las habilidades para cocinar</li> <li>- Compra de alimentos saludables</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                              |
| Ejercicio          | <p>Actividad física</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener diarios de actividad, lista de actividades diarias</li> <li>- Incrementar la actividad física como la marcha de intensidad moderada</li> <li>- Reducir las consultas sedentarias (mirar TV, juegos de video/ordenador, etc.)</li> <li>- Tratar/reducir la sedación y los efectos extrapiramidales de los fármacos</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                         |

una parte sistemática de la asistencia psiquiátrica (98). El psiquiatra puede involucrar al individuo con EMG en programas educativos y psicosociales que abordan cuestiones de la salud y bienestar y pueden reducir los trastornos médicos concomitantes en esta población. Se ha demostrado que programas como «La Vida Saludable», la estrategia «Pequeños Cambios» y «Soluciones para el Bienestar» son eficaces en las personas con EMG (114-119). En la tabla 4 se dan algunos ejemplos de las intervenciones en la conducta para mejorar la salud de los pacientes con EMG.

#### Actividad física

La inactividad física es uno de los factores de riesgo que teóricamente se puede atender muy fácilmente y modificarse en personas con EMG (100). Las personas con esquizofrenia son notablemente más sedentarias que la población general (129). Sólo un 25,7% de estos pacientes cumple la recomendación de salud pública mínima de 150 minutos por semana de una actividad física de intensidad al menos moderada (121,122). Según las directrices del *American College of Sports Medicine* y la *American Heart Association*, la actividad física de intensidad moderada durante 150 y 250 minutos a la semana proporcionará una pérdida de peso moderada y es eficaz para evitar el aumento de peso. Los grados de actividad física más intensa (> 250 minutos a la semana) se pueden acompañar de una pérdida de peso clínicamente importante (108). La actividad física puede mejorar el estado de salud metabólico incluso sin pérdida de peso. Hay pruebas de que la actividad física con o sin asesoramiento alimentario es factible y eficaz para reducir el peso y mejorar el riesgo cardiometabólico en per-

sonas con esquizofrenia (123). Sin embargo, en los pacientes que son obesos, el ejercicio físico se ha de acompañar de una alimentación adecuada para lograr una pérdida de peso significativa. Por ejemplo, si un paciente camina durante una hora al día, quema unas 200 calorías. Si bien esto es útil por lo que respecta a la salud cardiovascular, este consumo de energía no producirá una pérdida de peso considerable. Pueden ser necesarias actividades físicas más enérgicas como el trote (46). Tomando en cuenta todos estos factores, se debe recomendar a los pacientes que realicen por lo menos 30 minutos de actividad muy vigorosa (por lo menos una caminata rápida) la mayor parte de los días de la semana (65).

#### Tabaquismo

Un metanálisis de estudios a nivel mundial demostró que los pacientes con esquizofrenia, en comparación con la población general, tienen una prevalencia más alta de tabaquismo en alguna ocasión, tabaquismo intenso y gran dependencia a la nicotina, así como factores de riesgo que los vuelven más vulnerables a comenzar a fumar (124). Hasta un 85% de las personas con EMG morirán o tendrán una menor calidad de vida a causa de una enfermedad relacionada con el tabaco (48,125). El cese del tabaquismo se relaciona con una disminución de casi el 50% del riesgo de cardiopatía coronaria (104) y una disminución del 75% en el riesgo alto o muy alto de complicaciones cardiovasculares a 10 años (126). Por tanto, a los pacientes con EMG se les ha de recomendar con insistencia que dejen de fumar.

Sin embargo, el cese del tabaquismo tiene repercusiones importantes en el tratamiento de los pacientes que toman clozapina y olanzapina. El cese brusco del tabaquismo conlleva a un riesgo potencialmente importante de toxicidad en quienes toman clozapina, en tanto que las concentraciones de olanzapina pueden aumentar notablemente. Cormac et al (127) determinaron que el porcentaje de pacientes con concentraciones plasmáticas de clozapina  $\geq 1000 \mu\text{g/l}$  aumentaba de un 4,2% a un 41,7% en un periodo de seis meses después del cese del tabaquismo pese a las reducciones de la dosis. Por tanto, es necesario el seguimiento cercano de las concentraciones plasmáticas de clozapina y hacer ajustes en la dosis, si es necesario, durante al menos seis meses después del cese del tabaquismo (127). Así mismo, el suspender el tabaquismo también aumenta el riesgo de diabetes mellitus a corto plazo. En un estudio prospectivo, los adultos que dejaron de fumar experimentaron un incremento del riesgo de presentar diabetes mellitus que alcanzó a su máximo al cabo de tres años del cese (cociente de riesgos instantáneos [CRI] = 1,91) pero todavía era observable seis meses después de dejar de fumar. El incremento del riesgo al parecer es mediado en parte por el aumento de peso: la suspensión de nicotina puede llevar a un incremento del apetito y a una ingesta excesiva de calorías. Por tanto, los profesionales clínicos han de considerar medidas neutralizantes (p. ej., uso de tratamiento sustitutivo de nicotina), sobre todo en personas con tabaquismo intenso (128).

El tratamiento de la dependencia de tabaco es eficaz en los pacientes con EMG. Se dispone de datos emergentes que indican que las personas con EMG pueden dejar de fumar (129-132). Así mismo, los tratamientos que son útiles en la población general al parecer tienen la misma eficacia en personas con EMG. Los datos disponibles también señalan que el tratamiento de la dependencia al tabaco en los individuos con EMG y con trastornos psiquiátricos estables no agrava el estado mental (133). Por último, aunque el personal de los hospitales

psiquiátricos a menudo expresa inquietudes en el sentido de que adoptar una política sin tabaquismo tendría una repercusión negativa en el ámbito de tratamiento hospitalario, esto no necesariamente es el caso (134). Por tanto, como mínimo, los profesionales psiquiátricos deben valorar el consumo del tabaco en todos los pacientes, recomendar a todos los que fuman que dejen de hacerlo, ayudar a los pacientes a establecer un plan para dejar de fumar y tomar las medidas necesarias para el seguimiento (100). Si es necesario y posible, se puede remitir a los pacientes a un servicio para dejar de fumar, el cual puede ofrecer asesoría conductual, tratamiento de reemplazo de nicotina u otras intervenciones farmacológicas (65).

### *Tensión arterial*

Se recomiendan cifras de tensión arterial elegidas como objetivo de < 130/85 mm Hg. Los cambios en el estilo de vida, tales como dejar de fumar, reducir la ingesta de sal, disminuir el peso y aumentar el ejercicio, pueden ser suficientes para reducir la hipertensión leve, aunque algunos pacientes posiblemente necesiten tratamiento farmacológico (65). Las directrices europeas recién actualizadas resaltan la importancia de seleccionar antihipertensivos mejor adaptados a las necesidades de cada paciente (86,135).

### *Salud oral*

Se ha de proporcionar a los pacientes con EMG consejos para la salud oral, apoyo y aleccionamiento, apropiados a sus necesidades. Los programas de prevención y tratamiento se han adaptado para satisfacer las necesidades individuales de los pacientes con diagnósticos, gravedad y etapas diferentes de las enfermedades mentales. Estos deben comprender aspectos relacionados con la alimentación, tabaquismo y efectos secundarios orales de medicamentos, es decir, sequedad de boca y avidez por carbohidratos. Los consejos sobre el control alimentario de los glúcidos y la importancia de la lubricación sin azúcar para aliviar los síntomas de una boca seca son indispensables para reducir los efectos orales adversos de algunos psicofármacos.

Los psiquiatras deben tener más presente la importancia de los hábitos de salud oral. Por tanto, es necesaria la formación de los profesionales clínicos para la identificación de los factores de riesgo para la salud oral tales como tabaquismo y los efectos secundarios orales de los fármacos, al igual que técnicas de higiene oral apropiadas (83). Sobre todo, los pacientes con EMG necesitan estímulo y apoyo para utilizar con regularidad los servicios dentales. Otra opción son las visitas periódicas por personal de atención dental (136). El psiquiatra ha de buscar dentistas que no estigmaticen a los pacientes y que estén dispuestos a atender a esta población vulnerable. En el alta del hospital, se deben establecer los procedimientos para garantizar la continuidad de la asistencia dental. Se puede proporcionar una capacitación formal al equipo odontológico con respecto a los aspectos sociales y conductuales de las enfermedades mentales y los efectos secundarios por los medicamentos orales (79).

### *Prolongación del intervalo QTc y muerte cardiaca súbita*

Los antipsicóticos o los antidepresivos (AD) que se relacionan con prolongación del intervalo QTc no se han de prescribir a pacientes con EMG que tienen alguna cardiopatía diagnosticada, un antecedente personal de síncope o un antecedente familiar de muerte cardiaca súbita en una edad temprana (sobre

todo si los progenitores tuvieron muerte cardiaca súbita) o síndrome de QT prolongado congénito (véase 58). Se recomienda retirar cualquier fármaco nocivo y corregir las anomalías electrolíticas en los pacientes que presentan taquicardia supraventricular en entorchado («torsade de pointes») (137).

### *Salud sexual y embarazo*

Antes de comenzar el tratamiento, se ha de preguntar al paciente con EMG en torno a síntomas posiblemente relacionados con incremento de las concentraciones de prolactina, tales como pérdida de la libido, disfunción eréctil o eyaculatoria o irregularidades menstruales (57,58). Si los pacientes están recibiendo medicamentos que estén relacionados con un aumento de la prolactina, se harán estas preguntas iniciales en cada consulta después de comenzar la medicación o hasta que se establezca la dosis. Cuando se identifica una disfunción sexual, las estrategias de tratamiento posibles son disminuir la dosis, cambiar a un medicamento que no afecte a la prolactina o dirigirse específicamente a la función sexual mediante la prescripción de fármacos como los agonistas de la dopamina (138,139) o un agonista parcial (140). Se ha de tomar en cuenta el cambio de medicamento cuando el incremento de la prolactina persistente es de > 50 ng/ml (> 1000 mUI/l). Cuando un incremento incluso leve de esta concentración persiste por más de tres meses, se ha de valorar la reducción de la dosis o el cambio a un fármaco que no modifique la prolactina. Si un psiquiatra tiene alguna duda con respecto a la causa del incremento de la prolactina y las concentraciones están por arriba de los 200 ng/ml, o los pacientes tienen síntomas indicativos de una causa diferente a la hiperprolactinemia relacionada con la medicación, entonces se recomienda la remisión a un endocrinólogo (141). No obstante, los psiquiatras han de tener presente que incluso la hiperprolactinemia mínima a moderada puede ser precursora de un problema subyacente importante, como lo es un tumor de la hipófisis (58).

Hasta que se cuente con más estudios prospectivos comparativos sobre la repercusión de los fármacos en el desarrollo fetal y subsiguiente, el profesional clínico ha de continuar trabajando en un estado de incertidumbre, ponderando parcialmente los riesgos estimados tomando en cuenta el control de los problemas clínicos individuales. Con base en los datos disponibles, es imposible la generalización y las recomendaciones han de hacerse dependiendo de cada fármaco. Siempre hay que sopesar cuidadosamente los riesgos y los beneficios en forma individual en cada paciente. En general, el empleo de psicofármacos durante el embarazo está indicado cuando el riesgo para el feto que conlleva la exposición a este fármaco es superado por los riesgos de la enfermedad psiquiátrica no tratada o exacerbada en la madre (142). Las mujeres que precisan tratamientos siempre deben comentar los riesgos y beneficios de la farmacoterapia con sus médicos y si se determina que se ha de continuar el tratamiento durante el embarazo, la información disponible basada en evidencia científica será útil para tomar esta importante decisión (143).

Es importante que se den consejos sobre la anticoncepción y la prevención de las infecciones de transmisión sexual como parte de la asistencia a la salud mental sistemática (54).

### *Consejos sobre medicación para el tratamiento específico*

Muchos psiquiatras se muestran renuentes a modificar la medicación, pese a la presentación de problemas de salud somática (6). No obstante, se ha de tomar en cuenta el cambio

de AP, AD o estabilizadores afectivos cuando el paciente con EMG aumenta notablemente de peso (> 5% el peso inicial o muestra hiperglucemia, hiperlipidemia u otros efectos adversos importantes (p. ej., efectos secundarios cardiometabólicos clínicamente importantes) durante el tratamiento. Sin embargo, el protocolo del cambio ha de tomar en cuenta el trastorno psiquiátrico y somático completo del paciente así como las características farmacológicas de los dos medicamentos (54). Otra opción consiste en añadir un fármaco para resolver o evitar el efecto adverso provocado por un medicamento (p. ej., metformina o topiramato para atenuar el aumento de peso en los pacientes que toman AP) (111,144).

Si se ha diagnosticado diabetes mellitus u otra enfermedad somática grave, se ha de remitir al paciente con EMG a los servicios especializados, como diabetología, endocrinología y cardiología, para que reciba la atención sanitaria apropiada.

## RECOMENDACIONES

Nuestras recomendaciones se organizan en dos niveles de acción: al nivel del sistema (gobierno y centros de asistencia sanitaria) y al nivel individual (profesionales clínicos, pacientes, familia) (tabla 5).

### Nivel del sistema

- *Designar a la población con EMG como una población con disparidad en la salud.* Todavía hay una falta de concienciación importante en torno a la salud somática y los problemas de acceso a la asistencia sanitaria para las personas con EMG. Por tanto, los organismos gubernamentales y los centros de asistencia sanitaria primero han de identificar y

designar a personas con EMG como una población con disparidad en la salud antes que se pueda atender adecuadamente el problema. Los psiquiatras pueden desempeñar un papel importante en este proceso de concienciación al destacar la discrepancia actual con las autoridades sanitarias y las que toman las decisiones sobre los presupuestos.

- *Educación a la colectividad sanitaria.* Se han de poner en práctica iniciativas educativas al nivel nacional y local para difundir información ampliamente en torno a los riesgos para la salud física de las personas con EMG y para mejorar la concienciación sobre la desigualdad actual.
- *Capacitación del personal sanitario.* Además de las iniciativas de educación, el personal encargado de la atención a la salud mental también debe capacitarse para valorar en forma adecuada y evaluar los riesgos para la salud por ECV y otras más (p. ej., enfermedades de la cavidad oral). Se ha de ofrecer la capacitación en aspectos relacionados con la EMG a los profesionales clínicos de atención primaria.
- *Mejorar el acceso y la asistencia a la salud somática de la población con EMG.* Las instituciones gubernamentales y los centros de asistencia sanitaria deben mejorar el acceso y el cuidado de la salud física de la población con EMG para garantizar la prevención, la detección sistemática y el tratamiento de problemas de asistencia de salud general. Deben fortalecer la capacidad adecuada para satisfacer las necesidades de atención a la salud física de la población con SM.
- *Reducir el estigma y la discriminación.* El estigma representa un obstáculo al acceso importante generalizado y bien documentado para las personas con EMG. Disminuye la capacidad de respuesta de los servicios de salud y puede hacer que las personas con EMG retrasen o eviten del todo la búsqueda de tratamiento (145). Las intervenciones educativas

**Tabla 5.** Acciones recomendadas al nivel del sistema e individuales para llenar los vacíos identificados en la valoración y el tratamiento de la salud orgánica de pacientes con enfermedades mentales graves (EMG)

| Acciones al nivel del sistema                                                                                                                                                                     | Acciones al nivel individual                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Designar a la población con EMG como una población con desigualdad en la salud                                                                                                                    | Asumir la responsabilidad por la salud orgánica del paciente con EMG                                                                                                                                         |
| Aleccionar al personal sanitario                                                                                                                                                                  | Valorar los antecedentes personales y familiares del paciente al inicio para identificar a los pacientes con alto riesgo y garantizar la detección temprana de cambios en las variables críticas             |
| Capacitar al personal sanitario                                                                                                                                                                   | Adoptar métodos de vigilancia constantes                                                                                                                                                                     |
| Mejorar el acceso y la atención a la salud somática de la población con EMG                                                                                                                       | Utilizar un algoritmo, una forma de seguimiento o un gráfico de riesgos durante la valoración del paciente                                                                                                   |
| Reducir el estigma y la discriminación                                                                                                                                                            | Si hay aumento de peso (> 5% del peso inicial), si ocurren anomalías de la glucemia, hiperlipidemia u otros efectos adversos durante el tratamiento, valorar el cambio a fármacos que conlleven menos riesgo |
| Cubrir la brecha de colaboración entre la atención a la salud somática y mental y promover una política de asistencia a la salud mental y física coordinada e integrada para las personas con EMG | Comunicar los hallazgos de la valoración a los equipos de atención primaria y a los servicios de especialistas, incluidos diabetología, endocrinología y cardiología                                         |
| Asignar financiamiento para estas mejoras necesarias en los servicios                                                                                                                             | Fomentar colaboraciones más sólidas con estos especialistas médicos y otros profesionales de la atención a la salud                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                   | Incorporar modificaciones en el estilo de vida en los programas de educación y tratamiento para los pacientes con EMG, incluyendo estrategias de nutrición, ejercicio y conductuales                         |
|                                                                                                                                                                                                   | Tratar de fomentar y mejorar el cumplimiento del paciente tanto de intervenciones psiquiátricas/médicas como de la conducta                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                   | Apoyar el bienestar, la facultación del personal y la responsabilidad individual que permitan opciones saludables para el restablecimiento y promover los esfuerzos del individuo                            |

y el contacto personal con pacientes con EMG se pueden utilizar para reducir el estigma y la discriminación por parte del público (22). Si es necesario, se han de hacer cumplir las leyes antidiscriminación y poner en práctica iniciativas para garantizar un acceso igualitario a la asistencia a la salud.

- *Llenar el vacío de colaboración entre la atención a la salud somática y mental y favorecer una política de atención a la salud mental y crítica coordinada e integrada para las personas con EMG.* La reintegración de la asistencia psiquiátrica y de los servicios somáticos en general, con la meta final de proporcionar servicios óptimos a esta población de pacientes vulnerables, parece representar en la actualidad la dificultad más importante para la asistencia psiquiátrica (146,147).
- *Obtener el financiamiento para estas mejoras necesarias de los servicios.* Conseguir y proporcionar el financiamiento adecuado para campañas educativas, herramientas para valorar la salud e integración de los servicios. En los países en vías de desarrollo este financiamiento tiende a ser muy escaso o inexistente.

### Nivel individual

- *Asumir la responsabilidad por la salud somática del paciente con EMG.* A menos que se proporcionen claramente servicios de asistencia a la salud general somática específicos para los pacientes con EMG, el psiquiatra ha de asumir la responsabilidad por la salud somática de sus pacientes. Tiene que verificar la situación, ya que las personas con EMG pueden no buscar ayuda por sí mismas hasta que el problema es grave, o pueden no percatarse de trastornos físicos potencialmente nocivos hasta que se ha realizado la vigilancia y la educación.
- *Valoración de los antecedentes personales y familiares del paciente al inicio para identificar a los pacientes con alto riesgo y garantizar la detección temprana de cambios en las variables decisivas.* En pacientes con un antecedente personal o familiar de obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía, accidente cerebrovascular, o con valores muy altos o limítrofes de las variables metabólicas, se han de seleccionar fármacos con menos riesgos de efectos adversos.
- *Adopción de los métodos de vigilancia constante.* La vigilancia del estado de salud global de los pacientes con EMG ha de incluir la vigilancia continuada de peso, IMC, perímetro de la cintura, tensión arterial, glucosa plasmática en ayunas, lípidos en ayunas, tabaquismo, inactividad física, alimentación, salud oral y sexual así como efectos adversos de los psicofármacos utilizados.
- *Uso de un algoritmo, un formulario de seguimiento o un gráfico de riesgo durante la valoración del paciente.* Esta es una opción más sencilla y mejor que utilizar las directrices publicadas más complejas y detalladas para valorar la salud física del paciente con EMG.
- *Si ocurre aumento de peso (> 5% del peso inicial), anomalías de la glucemia, hiperlipidemia u otros efectos adversos durante el tratamiento, se valora el cambio a fármacos con menos riesgo.* Se ha demostrado que cambiar los fármacos con más riesgo a otros con menos riesgo reduce los factores de riesgo cardiovascular y endocrinos (65), pero esto se debe realizar de una manera cuidadosa y documentada (148).
- *Comunicar los hallazgos de la valoración a los equipos de atención primaria y a los servicios especializados, como diabetes, endocrinología y cardiología.* Hay que asegurarse

de que las personas con EMG en quienes se ha identificado riesgo de presentación de enfermedades cardiovasculares o de diabetes mellitus sean tratadas en forma apropiada. Los médicos de atención primaria han de tratar a los pacientes con EMG que tienen ECV o DM documentada.

- *Forjar colaboraciones más sólidas con estos especialistas médicos y otros profesionales sanitarios.* La atención física coordinada e integrada de los pacientes con EMG tiene la máxima posibilidad de mejorar los desenlaces en la atención a la salud somática (53). Estas colaboraciones deben procurar llevar a cabo esfuerzos educativos exhaustivos, dirigidos a mejorar el conocimiento de los médicos de atención primaria sobre los pacientes con EMG, reducir la estigmatización y las creencias erróneas, así como el conocimiento del psiquiatra, para vigilar y tratar mejor las enfermedades somáticas en pacientes con EMG. Se han de crear modelos de asistencia integrada. Estos comprenden la ubicación cercana de los servicios (ubicar un equipo de asistencia a la salud primaria cercano a los servicios de salud mental, con enlaces satisfactorios entre el personal de atención primaria y el personal de salud mental, es muy eficaz para mejorar la salud física y las de los pacientes con EMG), el hacer que el personal de un servicio visite a otro con regularidad o el designar a coordinadores de casos para que realicen el enlace entre los servicios y coordinen el caso global del paciente. Otra opción es un equipo interdisciplinario de personal sanitario que comprenda médicos especialistas así como psiquiatras (149).
- *Incorporar modificaciones del estilo de vida en los programas de educación y tratamiento para los pacientes con EMG.* Las estrategias de nutrición, ejercicio y de la conducta se han de incorporar y ajustar a la población con EMG.
- *Procurar fomentar y mejorar el cumplimiento de las intervenciones psiquiátricas, médicas y conductuales por parte del paciente.*
- *Apoyar el bienestar, la habilitación personal y la responsabilidad individual en los pacientes con EMG, permitiéndoles optar por acciones saludables para el restablecimiento y fomentar sus esfuerzos individuales.* Se dispone de programas específicos (p. ej., el programa de Salud y Restablecimiento de Compañeros) que ayudan a las personas con EMG a gestionar con más eficiencia la atención a sus enfermedades crónicas, mejorando una gama de medidas de autotratamiento y de desenlace para la salud, lo que comprende la participación activa del paciente y más posibilidades de utilizar servicios de atención médica primaria (159).

La adopción de estas recomendaciones, resumidas en la tabla 5, en los diversos sistemas de atención a la salud en el mundo (con adaptaciones basadas en circunstancias locales específicas), contribuirán a mejoras importantes en la salud médica y psiquiátrica relacionada de los pacientes con EMG. Los mejores desenlaces en la salud somática de las personas con EMG beneficiarán tanto a los pacientes como a las sociedades. Este beneficio se derivará de un mejor funcionamiento y una reducción del sufrimiento y de los costes de la atención a la salud somática que surgen de la detección y asistencia deficientes de pacientes con enfermedades físicas avanzadas combinadas con la presentación y los efectos de los trastornos psiquiátricos. Incluso los cambios pequeños en la valoración y el tratamiento de los trastornos físicos que no tienen que ser costosos pueden desencadenar un cambio positivo en este grupo de pacientes por lo general no bien atendido y en desventaja.



## Agradecimientos

La producción de este módulo educativo es parte del plan de acción de la WPA para 2008-2011 y ha sido respaldado por la Fundación Lugli, la Italian Society of Biological Psychiatry, Pfizer y Bristol Myers Squibb.

## Bibliografía

1. De Hert M, Correll CU, Cohen D 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.
2. Lawrence D, Stephen K. Inequalities in health care provision for people with severe mental illness. *J Psychopharmacol* (in press).
3. De Hert M, Schreurs V, Vancampfort D et al. Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. *World Psychiatry* 2009;8:15-22.
4. Bradford DW, Kim MM, Braxton LE et al. Access to medical care among persons with psychotic and major affective disorders. *Psychiatr Serv* 2008;59:847-52.
5. Parks J, Svendsen D, Singer P et al (eds). Morbidity and mortality in people with serious mental illness. Alexandria: National Association of State Mental Health Program Directors (NAS-MHPD) Medical Directors Council, 2006.
6. Millar H. Management of physical health in schizophrenia: a stepping stone to treatment success. *Eur Neuropsychopharmacol* 2008;18:S121-8.
7. Fleischacker WW, Cetkovich-Bakmas M, De Hert M et al. Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. *J Clin Psychiatry* 2008;69:514-9.
8. Essock SM, Miller AL, Buchanan RW et al. Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161:1334-49.
9. Bobes J, Alegria AA, Saiz-Gonzalez MD et al. Change in psychiatrists' attitudes towards the physical health care of patients with schizophrenia coinciding with the dissemination of the Consensus on Physical Health in Patients with Schizophrenia. *Eur Psychiatry* (in press).
10. Maj M. Physical health in persons with severe mental illness: a public health and ethical priority. *World Psychiatry* 2009;8:1-2.
11. Saxena S, Sharan P, Garrido M et al. World Health Organization's Mental Health Atlas 2005: implications for policy development. *World Psychiatry* 2006;5:179-84.
12. World Health Organization. Mental Health Atlas, revised version. Geneva: World Health Organization, 2005.
13. Phelan M, Stradins L, Morrison S. Physical health of people with severe mental illness. *BMJ* 2001;322:443-4.
14. Robson D, Gray R. Serious mental illness and physical health problems: a discussion paper. *Int J Nurs Stud* 2007;44:457-66.
15. Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Prev Chronic Dis* 2006;3:A42.
16. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007;370:1164-74.
17. Kane JM. Creating a health care team to manage chronic medical illnesses in patients with severe mental illness: the public policy perspective. *J Clin Psychiatry* 2009;70:37-42.
18. Lambert TJ, Velakoulis D, Pantelis C. Medical comorbidity in schizophrenia. *Med J Aust* 2003;178:S67-S70.
19. Zeber JE, McCarthy JF, Bauer MS et al. Datapoints: self-reported access to general medical and psychiatric care among veterans with bipolar disorder. *Psychiatr Serv* 2007;58:740.
20. Craddock-O'Leary J, Young AS, Yano EM et al. Use of general medical services by VA patients with psychiatric disorders. *Psychiatr Serv* 2002;53:874-8.
21. World Health Organization. Mental health and physical health: a call to action. The Mental and Physical Health Platform. Geneva: World Health Organization, 2003.
22. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:67-77.
23. Maj M. Mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:65-6.
24. Kendrick T. Cardiovascular and respiratory risk factors and symptoms among general practice patients with long-term mental illness. *Br J Psychiatry* 1996;169:733-9.
25. Brown S, Birtwistle J, Roe L et al. The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychol Med* 1999;29:697-701.
26. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000;177:212-7.
27. Hennekens CH. Increasing global burden of cardiovascular disease in general populations and patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2007;68:4-7.
28. Brugha TS, Wing JK, Smith BL. Physical health of the long-term mentally ill in the community. Is there unmet need? *Br J Psychiatry* 1989;155:777-81.
29. Horvitz-Lennon M, Kilbourne AM, Pincus HA. From silos to bridges: meeting the general health care needs of adults with severe mental illnesses. *Health Aff* 2006;25:659-69.
30. Jeste DV, Gladsjo JA, Lindamer LA et al. Medical comorbidity in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996;22:413-30.
31. Goldman LS. Medical illness in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1999;60:10-5.
32. Ananth J. Physical illness and psychiatric disorders. *Compr Psychiatry* 1984;25:586-93.
33. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D et al. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J* 2005;150:1115-21.
34. Nasrallah HA, Meyer JM, Goff DC et al. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. *Schizophr Res* 2006;86:15-22.
35. Goff DC, Sullivan LM, McEvoy JP et al. A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls. *Schizophr Res* 2005;80:45-53.
36. Frayne SM, Halanych JH, Miller DR et al. Disparities in diabetes care: impact of mental illness. *Arch Intern Med* 2005;165:2631-8.
37. Druss BG, Bradford WD, Rosenheck RA et al. Quality of medical care and excess mortality in older patients with mental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:565-72.
38. Druss BG, Rosenheck RA, Desai MM et al. Quality of preventive medical care for patients with mental disorders. *Med Care* 2002;40:129-36.
39. Burns T, Cohen A. Item-of-service payments for general practitioner care of severely mentally ill persons: does the money matter? *Br J Gen Pract* 1998;48:1415-6.
40. Paton C, Esop R, Young C et al. Obesity, dyslipidaemias and smoking in an inpatient population treated with antipsychotic drugs. *Acta Psychiatr Scand* 2004;110:299-305.
41. Greening J. Physical health of patients in rehabilitation and recovery: a survey of case note records. *Psychiatr Bull* 2005;29:210-2.
42. Lai DW, Chau SB. Effects of service barriers on health status of older Chinese immigrants in Canada. *Soc Work* 2007;52:261-9.
43. Sernyak MJ. Implementation of monitoring and management guidelines for second-generation antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 2007;68:14-8.
44. Sokal J, Messias E, Dickerson FB et al. Comorbidity of medical illnesses among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. *J Nerv Ment Dis* 2004;192: 421-427.

45. Parks J, Radke AQ (eds). Obesity reduction and prevention strategies for individuals with serious mental illness. Alexandria: National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Medical Directors Council, 2008.
46. Fagiolini A, Goracci A. The effects of undertreated chronic medical illnesses in patients with severe mental disorders. *J Clin Psychiatry* 2009;70:22-9.
47. Druss BG, von Esenwein SA, Compton MT et al. A randomized trial of medical care management for community mental health settings: the Primary Care Access, Referral, and Evaluation (PCARE) study. *Am J Psychiatry* 2010;167:151-9.
48. Vreeland B. Bridging the gap between mental and physical health: a multidisciplinary approach. *J Clin Psychiatry* 2007;68:26-33.
49. National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (update). [www.guidance.nice.org.uk](http://www.guidance.nice.org.uk).
50. Saravane D, Feve B, Frances Y et al. Drawing up guidelines for the attendance of physical health of patients with severe mental illness. *Encephale* 2009;35:330-9.
51. Kerwin R. Connecting patient needs with treatment management. *Acta Psychiatr Scand* 2009;438:33-9.
52. Straker D, Correll CU, Kramer-Ginsberg E et al. Cost-effective screening for the metabolic syndrome in patients treated with second-generation antipsychotic medications. *Am J Psychiatry* 2005;162:1217-21.
53. De Hert M, van Winkel R, Silic A et al. Physical health management in psychiatric settings. *Eur Psychiatry* 2010;25:S22-8.
54. Heald A, Montejo AL, Millar H et al. Management of physical health in patients with schizophrenia: practical recommendations. *Eur Psychiatry* 2010;25:S41-5.
55. Correll CU, Manu P, Olshansky V et al. Cardiometabolic risk of second-generation antipsychotic medications during first-time use in children and adolescents. *JAMA* 2009;302:1765-73.
56. De Hert M, Dobbelaere M, Sheridan EM et al. Metabolic and endocrine adverse effects of second-generation antipsychotics in children and adolescents: a systematic review of randomized, placebo controlled trials and guidelines for clinical practice. *Eur Psychiatry* (in press).
57. Hasnain M, Fredrickson SK, Vieweg WV et al. Metabolic syndrome associated with schizophrenia and atypical antipsychotics. *Curr Diab Rep* 2010;10:209-16.
58. Marder SR, Essock SM, Miller AL et al. Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161:1334-49.
59. Wagenknecht LE, Langefeld CD, Scherzinger AL et al. Insulin sensitivity, insulin secretion, and abdominal fat: the Insulin Resistance Atherosclerosis Study (IRAS) Family Study. *Diabetes* 2003;52:2490-6.
60. de Vegt F, Dekker JM, Jager A et al. Relation of impaired fasting and postload glucose with incident type 2 diabetes in a Dutch population: the Hoorn Study. *JAMA* 2001;285:2109-13.
61. Wahrenberg H, Hertel K, Leijonhufvud BM et al. Use of waist circumference to predict insulin resistance: retrospective study. *BMJ* 2005;330:1363-4.
62. Newcomer JW, Nasrallah HA, Loebel AD. The Atypical Antipsychotic Therapy and Metabolic Issues National Survey: practice patterns and knowledge of psychiatrists. *J Clin Psychopharmacol* 2004;24:S1-6.
63. Barnes TR, Paton C, Cavanagh MR et al. A UK audit of screening for the metabolic side effects of antipsychotics in community patients. *Schizophr Bull* 2007;33:1397-403.
64. Mackin P, Bishop DR, Watkinson HM. A prospective study of monitoring practices for metabolic disease in antipsychotic-treated community psychiatric patients. *BMC Psychiatry* 2007;7:28.
65. De Hert M, Dekker JM, Wood D et al. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness. Position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Psychiatry* 2009;24:412-24.
66. Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM et al. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation* 2009;120:1640-5.
67. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003;289:2560-72.
68. Mackin P. Cardiac side effects of psychiatric drugs. *Hum Psychopharmacol* 2008;23:3-14.
69. International Expert Committee. International Expert Committee report on the role of the A1C assay in the diagnosis of diabetes. *Diabetes Care* 2009;32:1327-34.
70. Hanssens L, De Hert M, Van Eyck D et al. Usefulness of glycosylated haemoglobin (HbA1c) to screen for diabetes in patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2006;85:296-7.
71. De Beer K, Michael S, Thacker M et al. Diabetic ketoacidosis and hyperglycaemic hyperosmolar syndrome – clinical guidelines. *Nurs Crit Care* 2008;13:5-11.
72. Silversides JA, Farling PA. Diabetic ketoacidosis guidelines and protection from aspiration pneumonitis. *Diabet Med* 2009;26:829.
73. Charles RA, Bee YM, Eng PH et al. Point-of-care blood ketone testing: screening for diabetic ketoacidosis at the emergency department. *Singapore Med J* 2007;48:986-9.
74. Wilson JF. In clinic. Diabetic ketoacidosis. *Ann Intern Med* 2010;152:ITC1/1-15.
75. Peuskens J, Pani L, De Hert M et al. Antipsychotics and hyperprolactinemia. Unpublished paper.
76. Peveler RC, Branford D, Citrome L et al. Antipsychotics and hyperprolactinaemia: clinical recommendations. *J Psychopharmacol* 2008;22:98-103.
77. Emiliano AB, Fudge JL. From galactorrhea to osteopenia: rethinking serotonin-prolactin interactions. *Neuropsychopharmacology* 2004;29:833-46.
78. Bushe C, Yeomans D, Floyd T et al. Categorical prevalence and severity of hyperprolactinaemia in two UK cohorts of patients with severe mental illness during treatment with antipsychotics. *J Psychopharmacol* 2008;22:56-62.
79. Tschoner A, Engl J, Rettenbacher MA et al. Is second-generation antipsychotic-induced hyperprolactinemia due to biologically active prolactin or to biologically inactive macroprolactin? Results from a prospective study. *J Clin Psychiatry* 2009;70:293-4.
80. Correll CU, Carlson HE. Endocrine and metabolic adverse effects of psychotropic medications in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:771-91.
81. Persson K, Axtelius B, Söderfeldt B et al. Oral health-related quality of life and dental status in an outpatient psychiatric population: a multivariate approach. *Int J Ment Health Nurs* 2010;19:62-70.
82. Nielsen J, Munk-Jørgensen P, Skadhede S et al. Determinants of poor dental care in patients with schizophrenia: a historical, prospective database study. *J Clin Psychiatry* (in press).
83. British Society for Disability and Oral Health. Oral health care for people with mental health problems – guidelines and recommendations. [www.bsdo.org.uk](http://www.bsdo.org.uk).
84. Waterreus AJ, Laugharne JD. Screening for the metabolic syndrome in patients receiving antipsychotic treatment: a proposed algorithm. *Med J Aust* 2009;190:185-9.

85. Castle D, Lambert T, Melbourne S et al. A clinical monitoring system for clozapine. *Australas Psychiatry* 2006;14:156-68.
86. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007;14:S1-113.
87. Allison DB, Newcomer JW, Dunn AL et al. Obesity among those with mental disorders: a National Institute of Mental Health meeting report. *Am J Prev Med* 2009;36:341-50.
88. van Winkel R, De Hert M, Van Eyck D et al. Screening for diabetes and other metabolic abnormalities in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder: evaluation of incidence and screening methods. *J Clin Psychiatry* 2006;67:1493-500.
89. Barnett AH, Mackin P, Chaudhry I et al. Minimising metabolic and cardiovascular risk in schizophrenia: diabetes, obesity and dyslipidaemia. *J Psychopharmacol* 2007;21:357-73.
90. Cahn W, Ramlal D, Bruggeman R et al. Prevention and treatment of somatic complications arising from the use of antipsychotics. *Tijdschr Psychiatr* 2008;50:579-91.
91. Citrome L, Yeomans D. Do guidelines for severe mental illness promote physical health and well-being? *J Psychopharmacol* 2005; 19:102-9.
92. Cohn TA, Sernyak MJ. Metabolic monitoring for patients treated with antipsychotic medications. *Can J Psychiatry* 2006;51:492-501.
93. De Hert M, van Eyck D, De Nayer A. Metabolic abnormalities associated with second generation antipsychotics: fact or fiction? Development of guidelines for screening and monitoring. *Int Clin Psychopharmacol* 2006;21:11-5.
94. De Nayer A, De Hert M, Scheen A et al. Belgian consensus on metabolic problems associated with atypical antipsychotics. *Int J Clin Pract* 2005;9:130-7.
95. Sáiz Ruiz J, Bobes García J, Vallejo Ruiloba J et al. Consensus on physical health of patients with schizophrenia from the Spanish Societies of Psychiatry and Biological Psychiatry. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36:251-64.
96. Buckley PF, Miller DD, Singer B et al. Clinicians' recognition of the metabolic adverse effects of antipsychotic medications. *Schizophr Res* 2005;79:281-8.
97. Haupt DW, Rosenblatt LC, Kim E et al. Prevalence and predictors of lipid and glucose monitoring in commercially insured patients treated with second-generation antipsychotic agents. *Am J Psychiatry* 2009;166:345-53.
98. American Diabetes Association; American Psychiatric Association; American Association of Clinical Endocrinologists; North American Association for the Study of Obesity. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *Diabetes Care* 2004;27:596-601.
99. International Diabetes Federation. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. [www.idf.org](http://www.idf.org).
100. Vreeland B. Treatment decisions in major mental illness: weighing the outcomes. *J Clin Psychiatry* 2007;68:5-11.
101. Faulkner G, Cohn T, Remington G. Interventions to reduce weight gain in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2007;33:654-6.
102. Faulkner G, Cohn T, Remington G. Interventions to reduce weight gain in schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 1: CD005148.
103. Alvarez-Jiménez M, Hetrick SE, González-Blanch C et al. Nonpharmacological management of antipsychotic-induced weight gain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 2008;193:101-7.
104. Hennekens CH. Increasing burden of cardiovascular disease: current knowledge and future directions for research on risk factors. *Circulation* 1998;97:1095-102.
105. Rich-Edwards JW, Manson JE, Hennekens CH et al. The primary prevention of coronary heart disease in women. *N Engl J Med* 1995;332:1758-66.
106. Bassuk SS, Manson JE. Epidemiological evidence for the role of physical activity in reducing risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease. *J Appl Physiol* 2005;99:1193-204.
107. Brock CM, King DS, Wofford MR et al. Exercise, insulin resistance, and hypertension: a complex relationship. *Metab Syndr Relat Disord* 2005;3:60-5.
108. Donnelly JE, Blair SN, Jakicic JM et al. American College of Sports Medicine Position Stand. Appropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. *Med Sci Sports Exerc* 2009;41:459-71.
109. Cormac I. Promoting healthy lifestyles in psychiatric services. In: *Physical health in mental health. Final report of a scoping group*. Royal College of Psychiatrists, 2009:62-70.
110. Laurent SM, Simons AD. Sexual dysfunction in depression and anxiety: conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clin Psychol Rev* 2009;29:573-85.
111. Maayan L, Correll CU. Management of antipsychotic-related weight gain. *Expert Rev Neurother* 2010;10:1175-200.
112. Ryan MC, Collins P, Thakore JH. Impaired fasting glucose tolerance in first-episode, drug-naïve patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2003;160:284-9.
113. Stokes C, Peet M. Dietary sugar and polyunsaturated fatty acid consumption as predictors of severity of schizophrenia symptoms. *Nutr Neurosci* 2004;7:247-9.
114. McCreadie RG; Scottish Schizophrenia Lifestyle Group. Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia: descriptive study. *Br J Psychiatry* 2003;183:534-9.
115. Menza M, Vreeland B, Minsky S et al. Managing atypical antipsychotic-associated weight gain: 12-month data on a multimodal weight control program. *J Clin Psychiatry* 2004;65:471-7.
116. Vreeland B, Minsky S, Menza M et al. A program for managing weight gain associated with atypical antipsychotics. *Psychiatr Serv* 2003;54:1155-7.
117. Gabriele JM, Dubbert PM, Reeves RR. Efficacy of behavioral interventions in managing atypical antipsychotic weight gain. *Obes Rev* 2009;10:442-55.
118. Hill JO, Peters JC, Catenacci VA et al. International strategies to address obesity. *Obes Rev* 2008;9:41-7.
119. Hill JO, Wyatt HR. Small changes: a big idea for addressing obesity. *Obes Manage* 2006;2:227-331.
120. Roick C, Fritz-Wieacker A, Matschinger H et al. Health habits of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:268-76.
121. Faulkner G, Cohn T, Remington G. Validation of a physical activity assessment tool for individuals with schizophrenia. *Schizophr Res* 2006;82:225-31.
122. US Department of Health and Human Services. Physical activity guidelines for Americans. Washington: US Department of Health and Human Services, 2008.
123. Vancampfort D, Knapen J, De Hert M et al. Cardiometabolic effects of physical activity interventions for people with schizophrenia. *Phys Ther Rev* 2009;14:388-98.
124. De Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res* 2005;76:135-57.
125. Garcia-Portilla MP, Saiz PA, Benabarre A et al. Impact of substance use on the physical health of patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2010;121:437-45.
126. Bobes J, Arango C, Garcia-Garcia M et al. Healthy lifestyle habits and 10-year cardiovascular risk in schizophrenia spectrum disorders: an analysis of the impact of smoking tobacco in the CLAMORS schizophrenia cohort. *Schizophr Res* 2010;119: 101-9.
127. Cormac I, Brown A, Creasey S et al. A retrospective evaluation of the impact of total smoking cessation on psychiatric inpatients taking clozapine. *Acta Psychiatr Scand* 2010;121:393-7.

128. Yeh HC, Duncan BB, Schmidt MI et al. Smoking, smoking cessation, and risk for type 2 diabetes mellitus: a cohort study. *Ann Intern Med* 2010;152:10-7.
129. Addington J, el-Guebaly N, Campbell W et al. Smoking cessation treatment for patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1998; 155:974-6.
130. George TP, Ziedonis DM, Feingold A et al. Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medications for smoking cessation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000;157:1835-42.
131. Weiner E, Ball MP, Summerfelt A et al. Effects of sustained-release bupropion and supportive group therapy on cigarette consumption in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2001;158: 635-7.
132. George TP, Vessicchio JC, Termine A et al. A placebo controlled trial of bupropion for smoking cessation in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2002;52:53-61.
133. Banham L, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness: what works? *Addiction* 2010;105:1176-89.
134. Hollen V, Ortiz G, Schacht L et al. Effects of adopting a smoke-free policy in state psychiatric hospitals. *Psychiatr Serv* 2010;61: 899-904.
135. Mansia G, De Backer G, Dominiczak A et al. 2007 ESH-ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Blood Press* 2007;16:135-232.
136. Shaw MJ, Shaw L. The effectiveness of differing dental health education programmes in improving the oral health of adults with mental handicaps attending Birmingham adult training centres. *Commun Dent Health* 1991;8:139-45.
137. European Heart Rhythm Association; Heart Rhythm Society, Zipes DP et al. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2006;48:e247-346.
138. Baggaley M. Sexual dysfunction in schizophrenia: focus on recent evidence. *Hum Psychopharmacol* 2008;23:201-9.
139. Molitch ME. Medication-induced hyperprolactinemia. *Mayo Clin Proc* 2005;80:1050-7.
140. Shim JC, Shin JG, Kelly DL et al. Adjunctive treatment with a dopamine partial agonist, aripiprazole, for antipsychotic-induced hyperprolactinemia: a placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 2007;164:1404-10.
141. Walters J, Jones I. Clinical questions and uncertainty – prolactin measurement in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *J Psychopharmacol* 2008;22:82-9.
142. Trixler M, Gáti A, Fekete S et al. Use of antipsychotics in the management of schizophrenia during pregnancy. *Drugs* 2005;65: 1193-206.
143. Einarson A, Boskovic R. Use and safety of antipsychotic drugs during pregnancy. *J Psychiatr Pract* 2009;15:183-92.
144. Miller LJ. Management of atypical antipsychotic drug-induced weight gain: focus on metformin. *Pharmacotherapy* 2009;29:725- 35.
145. Corrigan PW, Larson JE, Rüsch N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry* 2009;8:75-81.
146. Craddock N, Craddock B. Patients must be able to derive maximum benefit from a psychiatrist’s medical skills and broad training. *World Psychiatry* 2010;9:30-1.
147. Hollins S. Bridging a cultural divide within medicine: a role for psychiatrists? *World Psychiatry* 2010;9:32-3.
148. Correll CU. From receptor pharmacology to improved outcomes: individualizing the selection, dosing, and switching of antipsychotics. *Eur Psychiatry* 2010;25:S12-S21.
149. Millar H. Development of a health screening clinic. *Eur Psychiatry* 2010;25:S29-S33.
150. Druss BG, Zhao L, von Esenwein SA et al. The Health and Recovery Peer (HARP) Program: a peer-led intervention to improve medical self-management for persons with serious mental illness.



# Unidades y programas de trastornos bipolares: ¿realmente son necesarios?

EDUARD VIETA

*Bipolar Disorders Programme, Hospital Clinic, University of Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM, Barcelona, España*

En una era en que la contención de costos y la rentabilidad han asumido gran importancia, hay quienes ven las unidades y programas especializados como organizaciones costosas, refinadas y elitistas que podrían no ser necesarios siquiera en el campo de la psiquiatría, donde la tecnología todavía es escasa parte de lo que hacemos. Sin embargo, estas consideraciones llevan inherente el concepto de que no es necesaria la experiencia en psiquiatría y que toda persona puede brindar atención psiquiátrica pues, en última instancia, lo que básicamente se precisa es algo de empatía, compasión y un mínimo de conocimiento con respecto a cómo proporcionar «sedación» al individuo con una enfermedad mental. La realidad es que la psiquiatría tal vez sea la especialidad médica más difícil y clínicamente refinada y que, precisamente debido a la escasa utilidad de la tecnología, es decisiva la experiencia para el éxito clínico.

¿Son las unidades especializadas el futuro de la psiquiatría? Considero que sí. Desde luego, tendrán que coexistir con los psiquiatras generales, quienes tienen la difícil tarea de saber un poco de todo y de atender a la mayoría de los que buscan ayuda psiquiátrica; sin embargo, como ocurrió con la medicina interna o incluso en tiempos más recientes con la neurología, necesitamos superespecialistas que atiendan los casos más complejos, generen investigación de gran calidad y brinden aleccionamiento sobre trastornos específicos. Los pacientes que no tienen una buena evolución con el tratamiento habitual desean encontrar expertos en su trastorno y este es el centro de atención de clínicas y programas especializados.

Las unidades especializadas no deben ser exclusivas del mundo occidental. Su refinamiento no significa que sean necesariamente costosas. Los principales componentes son luchar por alcanzar la excelencia, la meritocracia, el trabajo de equipo, el financiamiento competitivo y algún disfrute intangible de la vida con el privilegio de ayudar y aprender de nuestros pacientes. Mientras estos componentes estén ahí, esto se puede hacer en cualquier lugar. Tuve el privilegio de comenzar con lo que ahora muchos consideran no sólo uno de los primeros programas especializados de atención a la salud y de investigación en psiquiatría en Europa, sino también lo que me gusta ver como una escuela de psiquiatría en la que los médicos jóvenes, colegas, residentes y estudiantes de medicina reciben formación refinada en psicopatología, psicofarmacología y psicoterapia. Solíamos llamar a este centro «la Unidad Bipolar», sobre todo cuando comenzó y sólo tenía un miembro del personal (una «unidad» literal). Con el tiempo y un poco de suerte, se obtuvo financiamiento del gobierno español y pude contratar a un psicólogo para que dirigiera lo que yo quería que fuese el primer proyecto de investigación, un estudio clínico para valorar la eficacia de la psicoeducación en el trastorno bipolar (1). Después obtuvimos más financiamiento, con especial mención del que provino del Stanley Medical Institute en Bethesda y comenzamos a hacer estudios clínicos en torno a fármacos (2) e investigación en campos

de interés emergentes como neuropsicología (3), resultados funcionales (4) y estudios epidemiológicos (5).

Desde un principio el centro tuvo un objetivo: generar, enseñar y aplicar el conocimiento para tratar mejor a los pacientes con trastorno bipolar. Entonces me resultó claro, y todavía hoy en día, de que hay una enorme brecha entre la evidencia científica disponible y las preguntas que surgieron del ejercicio clínico cotidiano y del contacto diario con pacientes que tienen trastorno bipolar y sus cuidadores. El centro tiene como propósito llenar este vacío en la mayor medida de lo posible. Más de 700 pacientes con trastorno bipolar acuden al programa (la mayor parte son pacientes externos) y contamos con 26 camas para pacientes internados, las cuales son compartidas con los programas para pacientes con esquizofrenia y depresión. Alrededor de un 60% de los pacientes ambulatorios provienen de nuestro campo de captación designado, en tanto que un 40% son remitidos de un centro de remisión para casos difíciles de tratar que comprenden pacientes con ciclos rápidos graves, trastornos somáticos y psiquiátricos concomitantes y resistencia al tratamiento. Una característica singular de nuestro departamento es que los programas asumen prioridad y por tanto se efectúa seguimiento a los pacientes sea cual sea el centro en que se atiendan (unidad de pacientes internos, clínica para pacientes ambulatorios, servicio de urgencias). Esto garantiza la calidad y la continuidad de la asistencia y es muy útil para fines de enseñanza e investigación. Otras características de nuestro programa son el enfoque de equipo y la política de puertas abiertas (6). Creo que los programas especializados como el programa de trastornos bipolares de Barcelona en realidad son necesarios. Es tiempo para la medicina basada en evidencia científica pero personalizada y para coordinar los esfuerzos de todos los que participan en el proceso de curación, desde el clínico general hasta el superespecialista.

## Bibliografía

1. Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:402-7.
2. Vieta E, Martínez-Arán A, Goikolea JM et al. A randomized trial comparing paroxetine and venlafaxine in the treatment of bipolar depressed patients taking mood stabilizers. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:508-12.
3. Martínez-Arán A, Vieta E, Reinares M et al. Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2004;161:262-70.
4. Rosa AR, Reinares M, Franco C et al. Clinical predictors of functional outcome of bipolar patients in remission. *Bipolar Disord* 2009;11:401-9.
5. Vieta E, Angst J, Reed C et al. Predictors of switching from mania to depression in a large observational study across Europe (EMBLEM). *J Affect Disord* 2009;118:118-23.
6. Vieta E. The package of care for patients with bipolar depression. *J Clin Psychiatry* 2005;66(Suppl. 5):34-9.

## Resultados y direcciones futuras del programa nacional de atención a la salud mental en la población de Vietnam

El sistema de salud mental en Vietnam (población de > 85 millones) cuenta con servicios que se proporcionan a los niveles central, provincial, distrital y de la población. Hay 31 hospitales psiquiátricos centrales y provinciales, 27 departamentos psiquiátricos en hospitales generales, 60 unidades de salud mental para pacientes ambulatorios y 17 centros de asistencia social. Su fuerza de trabajo comprende alrededor de 950 médicos psiquiatras, 2.700 enfermeras y otros 800 miembros del personal. Cada una de las 10.750 comunas de Vietnam cuenta con un centro de salud primario (CSP) y hay más de 47.000 miembros del personal de salud primaria.

El proporcionar atención a la salud mental a través del sistema de atención primaria se recomienda como una opción adecuada para muchos países en vías de desarrollo (1-3). En 2001 se inició en Vietnam un programa nacional de asistencia a la salud mental de la población (CMHC) para incorporar el servicio de salud mental a la población mediante la integración de asistencia a la salud mental en los CSP. Los componentes del programa son identificación de las enfermedades, tratamiento básico, prevención de las recaídas y reducción del riesgo y la discapacidad. Las actividades comprenden la formación de personal de los CSP, la detección sistemática al nivel de la población, el análisis mensual y la provisión de medicación, la rehabilitación en las actividades de la vida cotidiana, las interacciones educativas y regulares entre los CSP y los hospitales provinciales y centrales de la población. En 2009, el Hospital Psiquiátrico Nacional Hanoi puso en práctica un análisis del programa CMHC financiado por la Organización Mundial de la Salud (WHO). El análisis consistió en un seminario nacional con la participación de 40 directivos de hospitales provinciales, consultas a los centros de varios servicios de CMHC y datos selectivos del sistema de vigilancia nacional y diversos interesados en la salud mental de la población (4).

Después de iniciar en las 64 provincias en Vietnam, el programa ha impulsado el desarrollo de redes de salud mental de la población y servicios de todo el país (5). Ha alcanzado una cobertura nacional de 64%, llegando a casi 145.160 pacientes. Las fortalezas identificadas son: mejor acceso al tratamiento para los pacientes de la población sobre todo los provenientes de lugares distantes, reduciendo así la brecha de tratamiento; más oportunidades para la rehabilitación y la reintegración en la población y una mayor concienciación del público en torno a las enfermedades mentales. Las principales limitaciones tienen que ver con los recursos humanos y las instalaciones, el alcance del tratamiento, la escala de la cobertura del servicio y los enlaces con las familias y la población.

Un marco de referencia para el modelo analizado de la asistencia a la salud mental en la población en Vietnam fue elaborado en colaboración por proveedores de servicios y especialistas, en congruencia con las recomendaciones del mejor ejercicio clínico en la región (6). Esto comprende: ampliación del alcance de la asistencia a la salud mental para incluir la promoción de la salud mental, la prevención y la intervención al nivel de la atención primaria; el fortalecimiento de la asociación con apoyos de la población para brindar servicios de salud mental junto con los CSP; y la creación de equipos de salud mental especializados para iniciar y respaldar la puesta en práctica del servicio a fin de adquirir experiencia local y sustentabilidad a largo plazo.

El programa CMHC actualizado procurará un servicio de salud mental integrado en el sistema de salud primaria que es respaldado por las colaboraciones sólidas en la población y la gobernanza fiable. El aumentar la capacidad del personal de los CSP para satisfacer estos objetivos precisa una inversión inicial importante pero es posible que sea una estrategia rentable y viable a largo plazo.

**Chee Hong Ng<sup>1</sup>, Phong Thai Than<sup>2</sup>, Cuong Duc La<sup>2</sup>,  
Quang Van Than<sup>2</sup> y Chu Van Dieu<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>University of Melbourne and St. Vincent's Mental Health,  
Melbourne, Australia

<sup>2</sup>National Psychiatric Hospital No. 1, Thuong Tin, Ha Noi,  
Vietnam

### Bibliografía

1. World Health Organization and World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva: World Health Organization, 2008.
2. 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.
3. Patel V, Maj M, Flisher AJ et al. Reducing the treatment gap for mental disorders: a WPA survey. *World Psychiatry* 2010;9:169-76.
4. Ng C. WHO short term consultancy on community mental health care in Viet Nam. Final Technical Report, 2009.
5. Than TP, Tran VC. Viet Nam country report. In: Asia-Australia Mental Health. Asia-Pacific Community Mental Health Development Project: Summary Report, Asia-Australia Mental Health, Melbourne, 2008.
6. Ng CH, Herrman H, Chiu E et al. Community mental health care in the Asia-Pacific region: using current best-practice models to inform future policy. *World Psychiatry* 2009;8:49-55.

## Complicaciones físicas del trastorno obsesivo compulsivo persistente grave

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es una enfermedad psiquiátrica frecuente con una prevalencia en el curso de la vida en la población general del 1,9 al 3% (1). La Organización Mundial de la Salud estimó que era la décimo primera causa principal de morbilidad no mortal en el mundo en 1990, contribuyendo en 2,2% al total de años perdidos por discapacidad (2). La mayoría de los pacientes con TOC pueden tratarse eficazmente, pero un subgrupo presenta enfermedad persistente pese al tratamiento. La Unidad Nacional de Pacientes Internos con base en South West London y la St. George's Mental Health NHS Trust han estado tratando a pacientes con los TOC más discapacitantes durante más de 20 años (3,4).

Hay una escasez de estudios que notifiquen las enfermedades somáticas en personas con TOC. Llevamos a cabo un estudio sobre los internamientos sucesivos con el diagnóstico de TOC discapacitante grave y crónico. Se ingresaron 98 pacientes con TOC grave. Estos comprendían 52 hombres y 46 mujeres que tenían una edad promedio de  $39 \pm 13$  años (intervalo de 19 a 70). Al ingreso estos individuos tenían una calificación promedio en la escala obsesiva compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS) de  $35 \pm 3$ . Utilizando el análisis por intención de tratar, estas calificaciones se habían reducido un promedio de un 29% a una media de  $25 \pm 9$  en el alta ( $p < 0,0001$ ), demostrando así que incluso estos pacientes muy graves pueden mejorar.

El autodescuido grave con la incapacidad para llevar a cabo las actividades básicas de cuidados propios e higiene se identificó en 75 pacientes (76,5%). Además, 40 pacientes (40,8%) tenían incontinencia la mayor parte del tiempo. Esta era con más frecuencia incontinencia urinaria (29,6%). Se observó que el autodescuido se correlacionaba con la gravedad creciente del TOC según se determinó mediante la Y-BOCS (coeficiente de correlación de Pearson 0,65;  $p < 0,0005$ ).

Cincuenta y ocho pacientes (59,2%) tenían datos clínicos de deshidratación grave al ingreso. La mayoría de los pacientes que habían presentado este problema describieron dificultades para llevar a cabo el acto de beber o preparar bebidas debido a rituales compulsivos o a evitar deliberadamente el beber líquidos como una forma de reducir el uso del retrete. Resulta preocupante que 21 pacientes (21,4%) tuviesen signos de insuficiencia renal con elevación de la urea sanguínea y 48 (49,0%) mostrasen un aumento de la creatinina sérica. El grado de deshidratación se correlacionó con la gravedad de la enfermedad determinada mediante Y-BOCS, pese a que todos tenían síntomas graves de TOC (coeficiente de correlación de Pearson 0,28;  $p < 0,01$ ).

Veinte pacientes (20,4%) tenían peso subnormal y 48 (49,0%) preobesidad. En los pacientes que tenían preobesidad, la media del índice de masa corporal (IMC) era  $30 \pm 6$ ; en los que tenían preobesidad era de  $18 \pm 1$ . Cuarenta y dos pacientes (42,8%) mostraron signos de hipercolesterolemia. Además, tres pacientes estaban recibiendo tratamiento de hipercolesterolemia con fármacos. Este estudio demuestra que los pacientes con el TOC más grave tienen morbilidad somática importante. De hecho, factores como las alteraciones renales casi por lo general habían pasado inadvertidos durante los tratamientos psiquiátricos y orgánicos previos del paciente.

La mayoría de los pacientes mostraba un autodescuido grave que en sí mismo al parecer había producido algunas consecuencias importantes para la salud. Muchos de ellos no parecían haber recibido una valoración orgánica completa en el pasado reciente.

Este estudio confirma la necesidad de asegurarse de no pasar por alto las enfermedades somáticas en los pacientes psiquiátricos (5). Los pacientes con TOC al parecer son muy propensos al daño renal y a la hiperlipidemia, lo cual puede estar relacionado con su tendencia a restringir los líquidos y a consumir alimentos de manera errática. Son necesarios más estudios que valoren el estado físico de pacientes menos graves con TOC.

Lynne M. Drummond<sup>1,2</sup>, Azmatthulla Khan Hameed<sup>1</sup>,  
Ruxandra Ion<sup>1</sup>

<sup>1</sup>National TOC/BDD Service, South West London  
and St. George's Mental Health Trust, London SW17 7DJ, UK

<sup>2</sup>St. George's University of London, UK

### Bibliografía

1. Karno M, Golding JM, Sorenson SB et al. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five U.S. communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1095-9.
2. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S et al. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004;184:386-92.
3. Boschen MJ, Drummond LM, Pillay A. Treatment of severe, treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: a study of inpatient and community treatment. *CNS Spectr* 2008;13: 1056-65.
4. Drummond LM. The treatment of severe, chronic, resistant obsessive-compulsive disorder. An evaluation of an in-patient programme using behavioural psychotherapy in combination with other treatments. *Br J Psychiatry* 1993;163:223-9.
5. Maj M. Physical health care in persons with severe mental illness: a public health and ethical priority. *World Psychiatry* 2009;8:1-2.

# Recomendaciones de la WPA para las relaciones de psiquiatras, organizaciones de atención a la salud que operan en el campo psiquiátrico y asociaciones psiquiátricas con la industria farmacéutica

**PAUL APPELBAUM, JULIO ARBOLEDA-FLÓREZ, AFZAL JAVED, CONSTANTIN SOLDATOS, SAM TYANO**

*WPA Standing Committee on Ethics*

Los psiquiatras, las organizaciones de atención a la salud que operan en el campo psiquiátrico y las asociaciones psiquiátricas a menudo tienen múltiples relaciones con la industria farmacéutica en campos que comprenden la asistencia a los pacientes, la investigación y la educación. Algunas de estas relaciones surgen del contacto con los representantes farmacéuticos que comercializan los productos, en tanto que otras se derivan de actividades educativas o estudios de investigación patrocinados por la industria. Para las organizaciones de atención a la salud y las asociaciones psiquiátricas, las relaciones comprenden actividades que se realizan dentro del marco organizativo (p. ej., enseñanza e investigación) así como las que se basan en las relaciones económicas de directivos de organizaciones o la propia organización con la industria (p. ej., propiedad de acciones, licencia de patentes). Muchos beneficios pueden derivar de estas relaciones, incluida la oportunidad de que los psiquiatras intervengan en el desarrollo del producto y en el acceso organizativo a recursos crecientes que pueden destinarse a las principales misiones de la entidad. Sin embargo, también cabe la posibilidad de beneficios económicos y de otra naturaleza para los psiquiatras, las organizaciones de la asistencia a la salud que operan en el campo psiquiátrico y las asociaciones psiquiátricas que pueden afectar de manera negativa la lealtad a los pacientes, los sujetos de investigación y a los residentes. Como se ha reconocido ampliamente, se debe prestar atención a proteger el papel que desempeña el médico y las misiones de las organizaciones médicas para que no tengan una repercusión adversa por estas relaciones. En este tenor se ofrecen las siguientes recomendaciones.

## ASISTENCIA A LOS PACIENTES

Al proporcionar la asistencia médica a los pacientes, los intereses de éstos de-

ben asumir prioridad con respecto a todas las demás consideraciones. Por tanto, los psiquiatras y las organizaciones de la atención a la salud que operan en el campo psiquiátrico deben tratar de evitar las influencias sobre la toma de decisiones clínicas que se originan en relaciones con la industria que pueden dar por resultado decisiones (p. ej., la selección de medicamentos que se recetarán) basadas en otras consideraciones.

## Acceso por los representantes farmacéuticos

La industria farmacéutica se comunica directamente con médicos y otros cuidadores a través de sus representantes comerciales, quienes cotidianamente visitan los consultorios de los médicos y otros lugares de atención. Una serie de investigaciones persuasivas señala que las visitas de representantes son muy eficaces para modificar los procedimientos de prescripción de los médicos y estimular solicitudes para la expansión de los formularios de los hospitales. A menudo estos cambios ocurren en el sentido de medicamentos más nuevos y más costosos, los cuales no siempre se utilizan para las indicaciones apropiadas. Aunque muchos médicos dependen de los representantes farmacéuticos para obtener información sobre nuevos productos, los estudios indican que la información proporcionada puede ser parcial o engañosa. Los representantes pueden frecuentar lugares de atención al público o a los pacientes con la esperanza de reunirse con el médico en circunstancias informales.

## Recomendaciones

Los psiquiatras deben tener presente que la principal función de los representantes farmacéuticos es comercializar los medicamentos y otros productos y que la información recibida de tales fuentes no siempre es completamente objetiva. Las inquietudes en torno a la influencia sobre sus prácticas de prescripción pueden llevar a algunos psiquiatras a optar por no reunirse con los representantes farmacéuticos. Los psiquiatras que continúan con

tales reuniones han de tomar en cuenta los datos que indican la posibilidad de influencias sutiles en su conducta y nunca se deben basar en los representantes farmacéuticos como la fuente principal de información sobre los fármacos. Es preciso exigir a los representantes farmacéuticos que hagan citas para ver a los psiquiatras y nunca deben participar en entrevistas con los pacientes.

Las organizaciones de atención a la salud que operan en el campo de la psiquiatría deben establecer normas que desalienten a sus psiquiatras de reunirse con los representantes farmacéuticos. Es posible que algunas organizaciones quieran prohibir tales reuniones y que otras brinden a sus psiquiatras discreción en ese sentido. En el último caso, si los psiquiatras desean estas reuniones, los representantes han de limitarse a citas fijas y nunca se les debe permitir en el centro de salud en otras ocasiones. A los representantes farmacéuticos nunca se les debe permitir participar en las entrevistas con los pacientes o por lo demás estar presentes en los lugares de atención a los pacientes.

## Comidas

Los representantes farmacéuticos a veces ofrecen comidas a los médicos y a su personal, así como al personal de clínicas y salas de hospitales. Estas comidas brindan las oportunidades para la interacción informal con médicos, la distribución de materiales de comercialización y otra forma de integrar al representante en la organización. Como tales, representan un mecanismo para influir más en las decisiones de prescripción de los médicos.

## Recomendaciones

Los psiquiatras deben rechazar las ofertas de comidas de las compañías farmacéuticas para sí mismos y para los miembros de su personal.

Las organizaciones de atención a la salud que operan en el campo de la psiquiatría deben establecer normas que prohíban la aceptación de comidas patro-



cinadas por las compañías farmacéuticas en las instalaciones de la organización.

### **Regalos, incluidos materiales que contienen logos**

Las compañías farmacéuticas a menudo distribuyen materiales con sus nombres y logos y los de las marcas que promueven. Al igual que toda publicidad, estos artículos tienen como propósito ser recordatorios constantes para los médicos sobre los fármacos de las compañías. En general, estos son artículos económicos, por ejemplo, plumas, papel para notas, relojes de pared y artículos similares, pero la idea es que se coloquen en lugares prominentes de los consultorios de los médicos y áreas clínicas. Además de la repercusión promocional, hay motivos para creer que estos pequeños regalos pueden originar impulsos de reciprocidad por parte de los receptores quienes pueden desear devolver con un favor a quienes les brinda el regalo. Los dos fenómenos pueden dar por resultado que las selecciones de medicamentos se hagan basándose en otros aspectos que no son los mejores intereses de los pacientes. La presencia de estos artículos también puede plantear dudas a los pacientes con respecto a los factores en que se basan las decisiones de tratamiento de los médicos.

#### *Recomendaciones*

Los psiquiatras no deben aceptar regalos de las compañías farmacéuticas y deben asegurarse de que los artículos que portan los logos de las compañías no aparezcan en las áreas de atención a los pacientes.

Las organizaciones de atención a la salud que operan en el campo de la psiquiatría han de adoptar normas que desalienten a los psiquiatras y a otro personal de aceptar regalos de compañías farmacéuticas. Los artículos que contienen logos de las compañías farmacéuticas nunca deben aparecer en los lugares de atención a los pacientes.

### **Muestras**

Los representantes comerciales a menudo distribuyen muestras de medicamentos como una técnica para fomentar la adopción de nuevos medicamentos. En algunos casos las muestras pueden representar el único acceso que los pacientes indigentes tienen a los medicamentos. Sin embargo, a veces se pueden ofrecer muestras como un mecanismo para lograr que los pacientes comiencen con un me-

dicamento que después será pagado por un plan de seguros o directamente por el paciente. Se ha demostrado que la distribución de las muestras tiene un efecto sobre las decisiones de prescripción de los médicos. Los médicos cuyos pacientes dependen de las muestras pueden verse presionados para mantener las relaciones positivas con los representantes farmacéuticos que se las proporcionan.

#### *Recomendaciones*

Los psiquiatras deben tener presente los motivos por los cuales las compañías farmacéuticas pueden distribuir muestras. Si siguen aceptando muestras de medicamentos, deben hacerlo sólo para los pacientes que por lo demás no pueden tener acceso a los medicamentos.

Las organizaciones de atención a la salud que operan en el campo de la psiquiatría que desean continuar aceptando muestras han de establecer mecanismos para su recepción y distribución central (p. ej., en una farmacia de un hospital o clínica) para garantizar que los psiquiatras individuales no se sientan presionados para recibir muestras para sus pacientes y a prescribir medicamentos recomendados por los representantes farmacéuticos.

### **Formularios**

Muchos hospitales y clínicas mantienen formularios, es decir, listas de medicamentos que se mantendrán en la farmacia del centro de salud y que se pueden recetar a los pacientes. Las decisiones con respecto a cuáles medicamentos deben incorporarse en los formularios de la organización deberán tomarse basándose en su utilidad para la atención a los pacientes, tomando en cuenta las limitaciones de recursos. Estas opciones pueden tener repercusiones económicas importantes para las compañías farmacéuticas, las que pueden tratar de influir en las decisiones.

#### *Recomendaciones*

Las organizaciones de atención a la salud que operan en el campo de la psiquiatría deben establecer políticas que prohíban a las personas que tienen relaciones económicas con las compañías farmacéuticas y que colaboren en los comités de formularios del centro de salud.

### **INVESTIGACIÓN**

Los médicos y las organizaciones médicas, y con menos frecuencia las asocia-

ciones de profesionales que llevan a cabo investigaciones juegan papeles decisivos en el avance de los conocimientos médicos. En muchas partes del mundo, una proporción considerable del financiamiento para la investigación clínica se deriva de la industria, que tiene un interés en demostrar la eficacia de sus productos. La investigación financiada por la industria puede proporcionar resultados válidos e importantes, de manera que su integridad es protegida de influencias adversas. El mantener la confianza del público en la integridad del proceso de investigación es decisivo para conservar el apoyo público y la financiación para las empresas de investigación. Cuando los investigadores, las organizaciones y las asociaciones tienen relaciones con la industria, pueden surgir inquietudes en torno a la independencia y objetividad de la investigación que realizan.

### **Declaración, análisis y gestión de las relaciones con la industria por parte de psiquiatras, organizaciones que trabajan en el campo de la psiquiatría y asociaciones psiquiátricas.**

Los psiquiatras, las organizaciones de atención a la salud que trabajan en el campo de la psiquiatría y las asociaciones psiquiátricas pueden tener relaciones económicas con la industria que cuestionen la objetividad con la cual ellos y sus empleados llevan a cabo la investigación sobre productos en los cuales la industria farmacéutica tiene un interés. Para las relaciones psiquiátricas, esta inquietud se extiende al establecimiento de directrices de procedimientos y documentos similares basados en la investigación existente. Las relaciones de los psiquiatras pueden comprender honorarios por conferencias, asesorías, prestación de servicios en juntas consultivas y participación en títulos de las compañías. Las relaciones de las organizaciones pueden comprender regalos de la industria a la organización, autorización de patentes y financiamiento de la industria para actividades clínicas, de investigación o educativas. Una subcategoría de relaciones de la organización afecta a los intereses económicos que los directores de la organización pueden tener en las compañías farmacéuticas, por ejemplo, propiedad de acciones, recibo de honorarios, etcétera. El aislar las actividades de investigación de los posibles efectos negativos de las relaciones de la industria con los investigadores comienza con la transparencia en torno a tales relacio-

nes. Los investigadores deben declarar sus relaciones económicas de la industria farmacéutica con sus instituciones, en tanto que las propias organizaciones y asociaciones son responsables de establecer y poner en práctica planes para evitar y controlar los posibles conflictos de intereses. En general, cuanto más se relacionen con su interés económico la actividad de investigación de un psiquiatra o de una organización (p. ej., investigación de un compuesto para la autorización a la industria de la cual el psiquiatra es asesor o la organización es propietaria de la patente), tanto mayor será la necesidad de controlar los posibles conflictos de intereses. Los enfoques de control pueden comprender evitar relaciones con la industria durante el periodo en que se lleva a cabo un estudio de investigación, creando los factores que equilibren a los responsables de las finanzas de la organización y los que llevan a cabo la investigación, así como el análisis externo de los hallazgos de la investigación para asegurarse de su validez.

#### *Recomendaciones*

Los psiquiatras que tengan más que una relación económica mínima con una compañía farmacéutica (excluyendo donaciones o apoyo a contratos para la propia investigación) en general no deben participar en la investigación relacionada con los productos de la compañía. En los casos infrecuentes en los cuales una excepción puede ser apropiada, los investigadores que no pertenecen a la organización deben procurar el análisis del conflicto de intereses por el comité de su centro de investigación. Los investigadores que no pertenecen a la organización han de identificar un comité de conflicto de intereses apropiado que esté dispuesto a analizar su situación.

Las organizaciones de asistencia a la salud que trabajan en el campo de la psiquiatría y que llevan a cabo investigación han de establecer un comité de conflicto de intereses institucional para analizar posibles estudios en los cuales existe una relación organizativa con la industria. El comité debe tener la autoridad para establecer y poner en práctica las estrategias de control apropiadas a fin de proteger la integridad de la investigación contra presiones de organizaciones. Las organizaciones también deben establecer normas que exijan declarar las relaciones económicas de los investigadores con la industria. Se ha de establecer un comité individual de conflicto de intereses (que

podría ser el mismo comité que analiza los conflictos de la institución) para analizar y controlar las relaciones económicas de los investigadores.

Las asociaciones psiquiátricas que llevan a cabo investigación han de seguir las recomendaciones de las organizaciones para la atención a la salud. Además, las asociaciones que producen directrices prácticas y documentos similares deben aplicar estos enfoques a las relaciones con la industria de parte de miembros y asesores que prestan sus servicios en los comités que desarrollan estos recursos.

#### **Declaración de las relaciones institucionales-industria e investigador-industria con los sujetos de investigación**

Los sujetos de investigación pueden determinar que las relaciones de un centro o de un investigador con la industria farmacéutica son importantes para su decisión en cuanto a participar o no en un estudio de investigación. Los estudios indican que los sujetos de investigación desean recibir esta información sobre los investigadores en concreto. Por lo menos en algunos casos, esta información influirá en sus decisiones de participación. Además, la transparencia de esta clase puede desempeñar un papel importante para conservar la confianza del público en la realización de la investigación.

#### *Recomendaciones*

Los psiquiatras que intervienen en la investigación deben revelar de manera afirmativa la existencia y las características de sus relaciones con la industria a posibles sujetos de investigación.

Las organizaciones de atención a la salud que operan en el campo psiquiátrico y las asociaciones psiquiátricas deben establecer normas que exijan a los investigadores declarar la existencia y las características de las relaciones organizativas y del investigador con la industria a los posibles sujetos de investigación.

El formulario de consentimiento informado por escrito es un vehículo útil para estas declaraciones.

#### **Contratos con la industria para financiar la investigación**

Como se señaló antes, la industria farmacéutica brinda una proporción considerable del financiamiento para la investigación clínica en muchas partes del mundo hoy en día. Por lo general este

financiamiento es a través de contratos con organizaciones médicas donde se llevará a cabo la investigación, pero la industria puede contratar directamente a médicos individuales. En ocasiones, las cláusulas en estos contratos han restringido la capacidad de los investigadores para publicar los datos que obtienen, permitiendo a las compañías controlar la presentación de los resultados. La supresión de hallazgos desfavorables ha llegado a distorsiones importantes en la literatura médica, dando por resultado el riesgo de que se seleccionen tratamientos no óptimos para los pacientes.

#### *Recomendaciones*

Los psiquiatras deben evitar firmar contratos de investigación con la industria que contengan cláusulas que permitan a la compañía restringir la publicación de los hallazgos de investigación u otorgar a la compañía el derecho de controlar la forma en que se presenten los hallazgos. Las organizaciones de atención a la salud que operan en el campo psiquiátrico y las asociaciones psiquiátricas han de establecer normas que impidan la participación de la organización en tales investigaciones.

#### **EDUCACIÓN**

Los médicos, las organizaciones médicas y las asociaciones de profesionales a menudo intervienen en la formación de estudiantes en los programas profesionales de médicos, enfermeras y otras profesiones relacionadas con la salud, la capacitación de residentes y otro personal y la provisión de formación educativa continuada para médicos, enfermeras y otros profesionales. Las compañías farmacéuticas pueden brindar apoyo para la educación de estudiantes de medicina de pregrado y de posgrado y otros profesionales de la salud y a menudo intervienen de manera importante apoyando programas de educación continuada a los médicos. Esta participación ha planteado inquietudes en torno a la objetividad de la información presentada con el financiamiento de la industria, que puede estar concebida para presentar resultados favorables sobre los productos de la compañía que proporciona el financiamiento. Se ha demostrado que la exposición a los programas de educación continuada controlados por la industria tiene un efecto directo sobre las prácticas de prescripción de residentes y de médicos en ejercicio clínico.

### **Presentaciones educativas controladas por la industria**

Las compañías farmacéuticas pueden tener un control directo sobre las presentaciones a auditorios médicos cuando sus presentaciones son elaboradas por sus empleados o cuando proporcionan el contenido y el financiamiento para la presentación por una persona que no es empleada. Dados los intereses de la industria en vender sus productos, es posible que estas presentaciones no cumplan las normas médicas de información objetiva y válida.

#### *Recomendaciones*

Los psiquiatras han de evitar participar —como conferencistas o asistentes— en presentaciones educativas en las cuales el conferencista no controla directamente el contenido de la presentación.

Las organizaciones de atención a la salud que operan en el campo de la psiquiatría así como las asociaciones psiquiátricas deben establecer normas que impidan presentaciones educativas en las cuales el conferencista no controla directamente el contenido de la presentación en sus instalaciones, en sus reuniones o con su patrocinio.

### **Presentaciones educativas financiadas por la industria**

Las compañías farmacéuticas pueden ofrecer financiamiento a médicos, organizaciones médicas y asociaciones profesionales para producir programas educativos sobre temas específicos, en los que participen conferencistas identificados y con audiencias específicas elegidas como objetivo. La aceptación de estos términos plantea un riesgo importante de que tales conferencias no cumplan las normas de objetividad generalmente aceptadas.

#### *Recomendaciones*

Los psiquiatras no deben aceptar el financiamiento de la industria farmacéutica para las conferencias educativas a menos que tengan control sobre el tema y el contenido de sus conferencias.

Las organizaciones de atención a la salud que operan en el campo de la psiquiatría y las asociaciones psiquiátricas

deben establecer normas que prohíban recibir financiamiento de la industria para programas educativos condicionados a la designación por parte de la industria de temas, conferencistas o auditorios específicos. El financiamiento de la industria para la educación debe provenir de donaciones irrestrictas, con la estipulación de que la organización o la asociación tengan el control completo de los temas, conferencistas o auditorios. El financiamiento para tales programas debe proporcionarse a la organización o a la asociación o a una de sus divisiones administrativas, no directamente a un miembro de su personal. Los materiales de comercialización farmacéutica no se deben distribuir en las conferencias educativas.

### **Educación sobre las relaciones con la industria**

Los médicos deben tener presente los aspectos positivos y negativos de las relaciones con la industria y las organizaciones médicas y asociaciones profesionales pueden desempeñar un papel importante en la formación de residentes y miembros del personal médico sobre estas cuestiones. Tal educación puede permitir a residentes y a médicos determinar su propia conducta en relación con la industria de una manera informada.

#### *Recomendaciones*

Los psiquiatras han de procurar y las organizaciones de atención a la salud que trabajan en el campo de la psiquiatría y las asociaciones psiquiátricas han de establecer programas educativos con respecto a cómo evitar o cuestionar problemas que puedan surgir de las relaciones con la industria farmacéutica. Tales programas han de resaltar los datos sobre las características y los efectos positivos y negativos de las relaciones con la industria.

### **Aspectos específicos de las asociaciones psiquiátricas**

Además de las recomendaciones antes señaladas, el papel singular de las asociaciones profesionales para formular normas —incluso normas éticas— y brindar educación a los miembros de la

asociación plantea aspectos adicionales que se han de tomar en cuenta.

#### *Recomendaciones*

Las asociaciones de psiquiatría deben procurar minimizar depender del apoyo de la industria para sus actividades. Debe declararse públicamente todo apoyo de la industria, los directivos de la asociación deben declarar sus relaciones con la industria por lo menos cada año. Los comités institucionales de conflicto de intereses deben valorar las estrategias para controlar o eliminar los conflictos que puedan surgir de las relaciones de la organización o de individuos con la industria. Las asociaciones de psiquiatría no debieran participar en las actividades de comercialización por parte de las compañías farmacéuticas, incluida la autorización de productos comerciales. Por último, las asociaciones de psiquiatría tienen la responsabilidad de establecer directrices para sus miembros con respecto a las relaciones de los miembros con la industria.

Al organizar las conferencias o congresos nacionales o internacionales, las asociaciones psiquiátricas pueden aceptar el apoyo de la industria, pero deben hacer los esfuerzos adecuados para procurar el patrocinio de múltiples fuentes. Todo apoyo comercial debe darse a conocer de manera abierta a los asistentes. Las asociaciones psiquiátricas deben identificar temas, contenido y conferencistas en sus congresos independientemente de la influencia de las compañías farmacéuticas y otras más y garantizar que cumplan las directrices apropiadas para la educación médica continuada. Se deben llevar a cabo simposios satélite para identificar las normas ya que las conferencias son parte del programa oficial. Las asociaciones de psiquiatría deben imponer límites a las exhibiciones y a la conducta de exhibiciones para garantizar que el tono del área de exhibición sea de carácter profesional.

Las organizaciones de atención a la salud que operan en el campo de la psiquiatría y las asociaciones psiquiátricas deben establecer un proceso para crear y poner en práctica directrices que regulen las relaciones de la organización con la industria, que sean compatibles con las recomendaciones antes señaladas.

# Actividades del Consejo de Psiquiatras Jóvenes de la WPA: el Plan de Acción en progreso

**A. FIORILLO, P. BRAMBHATT, H. ELKHOLY, Z. LATTOVA, F. PICON**

*Area Coordinators, WPA Early Career Psychiatrists Council*

El Consejo de Psiquiatras Jóvenes de la WPA, cuyos miembros han sido nominados por las Asociaciones Integrantes de la WPA conforme al Plan de Acción de la WPA para 2008-2011 (1,2) inició sus actividades a finales de 2009 (3). En casi un año, el Consejo ha llevado a cabo varias actividades que se comunican en los siguientes párrafos.

Las tres series de diapositivas del Programa sobre Depresión y Enfermedades Orgánicas de la WPA se han traducido a varios idiomas y se han adaptado a diversos contextos nacionales. En concreto, las diapositivas sobre depresión y diabetes se han traducido a 14 idiomas (azeri, bosnio, croata, checo, estoniano, francés, alemán, indonesio, italiano, portugués, ruso, español y sueco). Estas diapositivas están disponibles ahora en la página Web de la WPA ([www.wpanet.org](http://www.wpanet.org)).

Se ha llevado a cabo una encuesta sobre la capacitación y el ejercicio de la psicoterapia en Europa. Los resultados indican que la capacitación en psicoterapia, aunque es indispensable en casi todos los países europeos, tiene lugar de manera muy diversa en los diferentes países de este continente. Tanto el contenido de la capacitación (p. ej., las técnicas que se enseñan) como la estructura (p. ej., supervisión, el número de pacientes a tratar, etc.) son en extremo diferentes. De cualquier manera, los psiquiatras en las primeras etapas de su carrera profesional parecen tener la confianza en el tratamiento de los pacientes utilizando sus destrezas psicoterapéuticas. Los resultados de esta encuesta se presentarán en el Congreso Temático de la WPA que tendrá lugar en junio de 2011 en Estambul.

El Consejo ha elaborado, en colaboración con las oficinas centrales de la WPA, una sección específica de la página Web de la WPA, que incluirá información sobre las actividades del Consejo así como otros materiales (escritos, documentos, anuncios de congresos o publicaciones, informes sobre experiencias profesionales personales), que pueden ser de interés para los psiquiatras jóvenes de todo el mundo.

El Consejo ha organizado un Simposio Regular para el 15º Congreso Mundial de

Psiquiatría que tendrá lugar en Buenos Aires, Argentina en septiembre de 2011, sobre «Nuevos retos y nuevas soluciones para los psiquiatras jóvenes: el papel de la Asociación Psiquiátrica Mundial». Además, simposios científicos y congresos internacionales han sido organizados por miembros del Consejo en Vilnius, Lituania (coordinador: M. Bendix, Suecia), Riccione, Italia (coordinador: A. Fiorillo, Italia), Cairo, Egipto (coordinador: H. Elkholy, Egipto) y St. Petesburgo, Rusia (coordinador: Y. Kochetkov, Rusia). En concreto, el taller especial organizado en Cairo, en colaboración con la Sección de Psiquiatras Jóvenes de la Asociación Psiquiátrica Egipcia, durante el Congreso Regional de la WPA que tuvo lugar en enero de 2011, ha tenido mucho éxito por lo que respecta a participación y contenidos.

Entre las actividades planificadas por el Consejo para el año 2011 están una encuesta sobre la selección de la carrera profesional después de la capacitación en psiquiatría, realizada en los países de la zona 1 de Europa y coordinada por F. Riese (Suiza), C. Oakley (UK), M. Bendix (Suecia) y P. Piir (Estonia); un documento sobre la estigmatización de las personas con trastornos

mentales y de los psiquiatras, producido por elementos de Asia/Oceanía y escritos sobre la capacitación psiquiátrica en todo el mundo y sobre la selección de la psiquiatría como carrera profesional, coordinado por los elementos de Estados Unidos y África/y Medio Oriente, respectivamente. La producción de las diapositivas del programa sobre depresión y enfermedades orgánicas de la WPA continuará, sobre todo en la región de Asia/Oceanía, y el Consejo contribuirá a la sección sobre la educación al público en la página Web de la WPA.

La primera reunión personal del Consejo tendrá lugar el 20 de septiembre en Buenos Aires, durante el 15º Congreso Mundial de Psiquiatría.

## Bibliografía

1. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008;7:129-30.
2. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2009;8:65-6.
3. Fiorillo A, Lattova Z, Brahmabhatt P et al. The Action Plan 2010 of the WPA Early Career Psychiatrists Council. *World Psychiatry* 2010;9:63-4.

## El 15º Congreso Mundial de Psiquiatría y actividades recientes de la WPA

Todo el programa científico del 15º Congreso Mundial de Psiquiatría que tendrá lugar en Buenos Aires (Argentina) del 18 al 22 de septiembre de 2011, está ahora disponible en la página Web del congreso ([www.wpa-argentina2011.com.ar](http://www.wpa-argentina2011.com.ar)). La Asociación se enorgullece de la extraordinaria calidad del programa, que comprende 24 Conferencias Magistrales, 15 Simposios Centrales, 111 Simposios y Seminarios Regulares (seleccionados de entre más de 500 remitidos), 58 Simposios y Seminarios organizados por las Secciones Científicas de la WPA, 14 Simposios y Seminarios organizados por las Zonas de la WPA, ocho Sesiones Especiales, 28 Sesiones de Comunicación Oral, cinco Sesiones de Carteles, además de una banda sonora en español/portugués y los Eventos Patrocinados. El 31 de marzo, ya se habían recibido alrededor de 4.500 registros pagados y se esperaban más de 10.000 participantes. El idioma oficial del congreso

será inglés, pero se contará con la traducción simultánea al español y al portugués para las Conferencias Magistrales, los Simposios Centrales, las Secciones Especiales y algunos Simposios Regulares, de Sección y Zonales. Se ha organizado un programa muy atractivo de viajes para los participantes en el Congreso y las personas que los acompañen.

La WPA está colaborando con la Organización Mundial de la Salud (WHO) en diversas actividades, que incluyen la elaboración del capítulo sobre trastornos mentales y de la conducta de la ICD-11 (véase 1). W. Gaebel, presidente de la Sección sobre Esquizofrenia de la WPA, está dirigiendo el Grupo de Trabajo sobre Trastornos Psicóticos de la ICD-11; M. Maj, presidente de la WPA, está dirigiendo el Grupo de Trabajo sobre Trastornos Afectivos y por Ansiedad; P. Tyrer, Funcionario de la Sección sobre Trastornos de la Personalidad de la WPA



está dirigiendo el Grupo de Trabajo sobre Trastornos de la Personalidad; L. Salvador Carulla, Funcionario de la Sección sobre Psiquiatría de la Discapacidad Intelectual de la WPA está dirigiendo el Grupo de Trabajo sobre Discapacidades Intelectuales. El presidente de la WPA es miembro del Grupo Consultivo Internacional para la ICD-11, cuyo primer informe aparece en este número de *World Psychiatry* (2), junto con los resultados de la Encuesta Global de las Actitudes de los Psiquiatras hacia la Clasificación de los Trastornos Mentales realizada por WPA-WHO (3).

La WPA está contribuyendo de manera activa al esfuerzo internacional para mitigar las consecuencias de los desastres naturales importantes sobre la salud mental. En varias regiones se está llevando a cabo una serie de seminarios de formación a los capacitadores (véase 4). La WPA colaboró con la OMS para incorporar a los psiquiatras capacitados que prestaron sus servicios en Haití (5) y ahora está colaborando con la Sociedad Japonesa de Psiquiatría y Neurología para lidiar con las consecuencias y la salud mental del componente nuclear del desastre que afectó a Japón.

En este número de *World Psychiatry*, publicamos el cuarto documento de guía producido por la WPA, en que se aborda la protección y la promoción de la salud mental en niños de personas con trastornos mentales graves (6). Se han publicado tres artículos de guía en números previos de la revista (7-9) y están disponibles en varios idiomas en la página Web de la WPA ([www.wpanet.org](http://www.wpanet.org)).

Este número de la revista también contiene la segunda parte del módulo educativo de la WPA sobre enfermedades orgánicas en pacientes con enfermedades mentales graves (10). La primera parte, publicada en el número de febrero de 2011 de la revista (11), está disponible en la página Web de la WPA. La página Web también contiene las tres series de diapositivas sobre depresión y enfermedades orgánicas de la WPA, ahora disponible en 17 idiomas diferentes.

Otros documentos de la WPA disponibles en la página Web son el Programa para la Educación Psiquiátrica de estudiantes

de pregrado y posgrado (12), las recomendaciones sobre los mejores procedimientos en el trabajo con usuarios de servicios y cuidadores familiares (13), el programa educativo sobre depresión, el informe sobre la encuesta para reducir la brecha de tratamiento en los trastornos mentales (14) y los informes sobre el proyecto de investigación y becas para los psiquiatras en las primeras etapas de su carrera financiadas por la WPA (véase 15,16).

La WPA produce periódicamente comunicados de prensa sobre temas pertinentes a la salud mental. Entre los que han tenido una amplia difusión en los medios de comunicación están los comunicados que abordan dos estudios publicados en *World Psychiatry*: el informe sobre la Encuesta de la Salud Mental de Irak (17), que se aborda en artículos que aparecen en *International Herald Tribune*, *New York Times* y *Washington Post* y el documento sobre las desigualdades relacionadas con los ingresos en la prevalencia de la depresión y la conducta suicida (18) que se aborda en un artículo en *USA Today*.

## Bibliografía

1. Maj M. WPA-WHO collaborative activities 2009-2011. *World Psychiatry* 2009;8:129-30.
2. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 2011;10:86-92.
3. Reed GM, Correia JM, Esparza P et al. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry* 2011;10:118-31.
4. van Ommeren M, Jones L, Mears J. Orienting psychiatrists to working in emergencies: a WPA-WHO workshop. *World Psychiatry* 2010;9:121-2.
5. Ravenscroft K. My experience in Haiti: a brief report. *World Psychiatry* 2010;9:191-2.
6. 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;10:132-7.

7. 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.
8. Sartorius N, Gaebel W, Cleveland HR et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry* 2010;9:131-44.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. Tasman A. Update on WPA Education Programs, 2009. *World Psychiatry* 2009;8:190-1.
13. Herrman H. WPA Project on Partnerships for Best Practices in Working with Service Users and Carers. *World Psychiatry* 2010;9:127-8.
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. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008;7:129-30.
16. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2009;8:65-6.
17. Alhasnawi S, Sadik S, Rasheed M et al. The prevalence and correlates of DSM-IV disorders in the Iraq Mental Health Survey (IMHS). *World Psychiatry* 2009;8:97-109.
18. Hong J, Knapp M, McGuire A. Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behavior: a 10-year trend following economic crisis. *World Psychiatry* 2011;10:40-4.

